

Joana Amaral Silva da Costa Dias

## **Caracterização da dor lombar numa amostra de grávidas no terceiro trimestre de gestação, em Ponta Delgada**

**Projeto elaborado com vista à obtenção  
do grau de Mestre em Fisioterapia,  
na Especialidade de Saúde da Mulher**

**Orientadores:** Professora Doutora Ana Isabel Vieira, Professora Adjunta, Fisioterapeuta  
Professora Doutora Paula Viegas Soares, Professora Adjunta, Fisioterapeuta

Junho de 2019



ESCOLA SUPERIOR  
DE SAÚDE DO ALCOITÃO

SANTA CASA da Misericórdia de Lisboa

Joana Amaral Silva da Costa Dias

## **Caracterização da dor lombar numa amostra de grávidas no terceiro trimestre de gestação, em Ponta Delgada**

**Projeto elaborado com vista à obtenção  
do grau de Mestre em Fisioterapia,  
na Especialidade de Saúde da Mulher**

**Orientador(es):** Professora Doutora Ana Isabel Vieira, Professora Adjunta, Fisioterapeuta  
Professora Doutora Paula Viegas Soares, Professora Adjunta, Fisioterapeuta

### **Júri:**

**Presidente:** Professora Doutora Maria Elisabete Gomes da Silva Martins, Professor Adjunto  
da Escola Superior de Saúde de Alcoitão

**Vogais:** Professora Doutora Paula Alexandra Araújo Viegas Soares

Professor Adjunto Convidado da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa –  
Instituto Politécnico de Lisboa, Fisioterapeuta

Professora Doutora Paula Clara Ribeiro Santos

Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde – Politécnico do Porto, Fisioterapeuta

Junho de 2019

## Resumo

**Introdução:** A gravidez implica alterações físicas e emocionais, que podem ter um impacto negativo na qualidade de vida da mulher. Um dos problemas mais comuns desenvolvidos nesta fase é a lombalgia, associada a limitações funcionais, que podem conduzir a alterações da qualidade de vida. **Objetivo:** (1) caracterizar a dor lombar numa amostra de mulheres grávidas no terceiro trimestre de gestação, residentes em Ponta Delgada e (2) perceber se existe uma relação entre a dor lombar e a qualidade de vida das grávidas (medida pelo questionário SF-36) e (3) perceber se existe uma relação entre a dor lombar e o nível de incapacidade (medido pelo questionário ODI). **Metodologia:** Estudo observacional-descritivo transversal e correlacional. A amostra foi constituída por 30 grávidas, residentes em Ponta Delgada, selecionadas por conveniência, respeitando os critérios de inclusão e exclusão. **Resultados:** A maioria das grávidas apresentaram dor lombar (66,7%); as mulheres que praticaram exercício físico, tanto antes ( $p=0,045$ ), como durante a gravidez ( $p=0,015$ ) relataram menor presença de lombalgia; Quanto maior a duração da dor lombar, maior o grau de incapacidade ( $p=0,019$ ); Não se encontrou relação entre a intensidade da dor e o estado de saúde ( $p_{\text{d.função física}}=0,022$ ;  $p_{\text{d.dor}}=0,000$ ;  $p_{\text{d.vitalidade}}=0,008$ ;  $p_{\text{d.função social}}=0,003$ ;  $p_{\text{d.saúde mental}}=0,004$ ) e a incapacidade ( $p=0,063$ ); Quanto maior a incapacidade sentida, menor a percepção do estado de saúde ( $p_{\text{d.função física}}=0,001$ ;  $p_{\text{d.dor}}=0,000$ ;  $p_{\text{d.vitalidade}}=0,012$ ;  $p_{\text{d.desempenho emocional}}=0,010$ ;  $p_{\text{d.saúde mental}}=0,010$ ) **Conclusão:** Nesta amostra, os resultados revelam a tendência para a existência de dor lombar durante o terceiro trimestre de gestação e que a prática de exercício pode ser um preditor de menor dor. Nesse sentido a prevenção e o aconselhamento são fundamentais. Consideramos ainda que a intervenção precoce da Fisioterapia poderá diminuir a incapacidade e aumentar a percepção do estado de saúde da grávida.

**Palavras-Chave:** Grávidas; Dor Lombar; Fisioterapia; Estado de Saúde (SF-36); Incapacidade (ODI)

## Abstract

**Introduction:** There are a lot of emotional and physical changes during pregnancy that can lead to a negative impact in women's quality of life like lombalgy, which is a common problem. Low back pain is caused mainly by physical restrictions, ending up changing one's way of life and routine **Aims:** (1) to characterize low back pain in a sample of

pregnant women in the third trimester of pregnancy, residing in Ponta Delgada and (2) to understand if there is a relationship between low back pain and pregnant women quality of life (as measured by the SF-36 questionnaire) and (3) understand if there is a relationship between low back pain and disability level (measured by ODI questionnaire).

**Methodology:** Observational-descriptive study, transversal and correlational. The sample studied consisted of 30 pregnant women, all living in Ponta Delgada, chosen having in mind inclusion and exclusion criteria. **Results:** Most pregnant women had low back pain (66,7%); women who exercised both before ( $p=0,045$ ) and during pregnancy ( $p=0,015$ ) reported lower back pain; the longer the time of low back pain, the greater the degree of disability ( $p=0,019$ ); No relationship was found between pain intensity and health status ( $p_{d.physical\ function}=0,022$ ;  $p_{d.pain}=0,000$ ;  $p_{d.vitality}=0,008$ ;  $p_{d.social\ function}=0,003$ ;  $p_{d.mental\ health}=0,004$ ) and disability ( $p=0,063$ ); The higher disability felt, the lower the perception of health status ( $p_{d.physical\ function}=0,001$ ;  $p_{d.pain}=0,000$ ;  $p_{d.vitality}=0,012$ ;  $p_{d.emotional\ performance}=0,010$ ;  $p_{d.mental\ health}=0,010$ ). **Conclusion:** The study results reveal the tendency for low back pain during the third trimester of pregnancy and that exercise may be a predictor of low back pain. In this sense, prevention and counseling are fundamental. We also consider that early intervention of physiotherapy may reduce disability and increase the perception of the pregnant woman's health.

**Keywords:** Pregnant women; Low back pain; Physiotherapy; Health Status (SF-36); Disability (ODI)

## Introdução

O presente trabalho de investigação surge do interesse crescente sobre a temática da gravidez, devido ao impacto que esta proporciona na qualidade de vida da mulher (C. H. J. Ferreira & Nakono, 2001; Gallo-Padilla, Gallo-Padilla, Gallo-Vallejo, & Gallo-Vallejo, 2015).

Atualmente, qualidade de vida é definida como “*a percepção do individuo, da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*”(WHOQOL Group, 1994). Este período representa para a mulher diferentes alterações ao nível biológico e psicológico, que mesmo desvalorizados, podem comprometer a qualidade de vida das mesmas. A compreensão das alterações e possíveis sintomas associados ao estado de saúde podem ajudar as mulheres a definir as suas expectativas, bem como a prevenir ou a minimizar o impacto dos mesmos durante os cerca de nove meses (Haas et al., 2004; Jomeen & Martin, 2005).

A gestação consiste, pois, num período em que surgem alterações e adaptações fisiológicas na mulher, a fim de desenvolver o feto de forma plena, ou seja, para além de proteger a função normal do corpo da mulher responde igualmente às necessidades do feto. Segundo diferentes autores, para que tal ocorra é necessário que ocorram profundas e rápidas transformações no corpo da mulher, sejam estas hormonais, hemodinâmicas ou biomecânicas. E ainda ocorre a preparação das estruturas para um trabalho de parto “fácil” e seguro (Lowdermilk, 2016; Mann, Kleinpaul, Mota, & dos Santos, 2010; Moreira et al., 2011; Pantoja & Sousa, 2012).

Em Janeiro de 2002, no *American Congress of Obstetricians and Gynecologists*, foram publicadas novas *guidelines*, sobre o reconhecimento da gravidez, passando esta a ser reconhecida como um processo com tempo limitado e único para a mudança de comportamento e não uma limitação ou doença (Artal & O’Toole, 2017; Organização Mundial da Saúde, 2009).

No entanto existem algumas condições, como a fadiga e o sofrimento emocional, que proporcionam um impacto negativo no estado de saúde das mulheres, uma vez que estas experienciam situações associadas às alterações fisiológicas e sociais. Nesse sentido a gravidez pode ser considerado um estado que, tem vindo a estimular a preocupação de vários investigadores e a necessidade de realização de estudos científicos, devido aos riscos potenciais (Organização Mundial da Saúde, 2009).

Vários estudos sobre alterações posturais, de equilíbrio e dor lombar no período gestacional referem que os ajustes são profundos e multissistêmicos, podendo ser considerados negativamente mais impactantes na função física, na vitalidade e no estado emocional que (na vida diária, na gestão natural do corpo, no desempenho de tarefas, no bem-estar/qualidade de vida) muitos estados patológicos (Lowdermilk, 2006; Mann et al., 2010; Moreira et al., 2011).

Contextualizando as anteriormente já mencionadas alterações multissistêmicas ocorridas, pode referir-se o imediato crescimento genérico dos órgãos deste aparelho reprodutor feminino, ocorrendo simultaneamente a hipertrofia e a dilatação do útero entre 500 a 1000 vezes, adquirindo um peso aproximado de 1,100Kg (Lowdermilk, 2006).

O volume sanguíneo da mulher grávida aumenta em cerca de 1500 a 1600ml, devido às alterações estruturais nas paredes dos vasos e à vasodilatação provocada pela diminuição da sensibilidade às substâncias vasopressoras. É de salientar que, 50% do aumento no volume sanguíneo ocorrem nas primeiras 34 semanas de gestação (Chang & Streitman, 2012; Lowdermilk, 2006; Soma-Pillay, Nelson-Piercy, Tolppanen, & Mebazaa, 2016; Talbot & MacLennan, 2016). Esta variação positiva induz adaptações morfológicas do coração e dos grandes vasos.

O miocárdio sofre assim uma hipertrofia reversível e aumento da contratilidade devido à progressiva elevação do diafragma pelo crescimento do útero, tornando o coração mais horizontalizado. A vasodilatação periférica e as alterações posturais levam a que o débito cardíaco aumente, entre os 30% a 50%, na medida em que a compressão uterina sobre a veia cava inferior diminui o retorno venoso. Desta forma observa-se uma diminuição na pressão arterial, nomeadamente na diastólica (Chang & Streitman, 2012; Lowdermilk, 2006; Soma-Pillay et al., 2016; Talbot & MacLennan, 2016). É de incidir elevada atenção na pressão venosa uma vez que esta se apresenta igualmente diminuída devido à obstrução mecânica imposta pelo útero gravídico sobre a veia cava, e também pela apresentação fetal sobre as veias ilíacas comuns. Tal fato implica uma diminuição do débito cardíaco, da pressão arterial e pode provocar edema dos membros inferiores (Lowdermilk, 2006; Talbot & MacLennan, 2016; Tan & Tan, 2013).

As alterações na fisiologia respiratória resultam de efeitos hormonais e bioquímicos no sistema nervoso central. À medida que o útero aumenta o seu volume, o diafragma desloca-se superiormente cerca de 4 cm, compensado pelo aumento dos diâmetros transversos e ântero-posterior do tórax, no entanto é possível sentir-se uma diminuição da capacidade residual funcional, apesar da excursão diafragmática e a capacidade vital permanecem inalteradas. Devido a esta configuração, no decorrer do terceiro trimestre as grávidas podem desenvolver

uma sensação de dispneia, sem hipoxia, com uma respiração mais superficial (Chang & Streitman, 2012; Lowdermilk, 2006; Talbot & MacLennan, 2016; Tan & Tan, 2013).

O mecanismo adaptativo primário, na gravidez, conduz a uma queda acentuada na resistência vascular sistêmica, afetando a vasculatura renal. Também ao nível da bexiga, e com o aumento progressivo do útero, são verificadas alterações a nível da posição, sendo esta deslocada superiormente e comprimida ântero-posteriormente, tal fato é responsável pelo aumento da frequência de micções, e de infecções urinárias. Simultaneamente e de forma inversa a vascularização da bexiga aumenta e o seu tônus muscular diminui, fazendo com que o fluxo renal e a taxa de filtração glomerular variem entre os 40%-65% e os 50%-80%, respetivamente. Estas modificações levam à retenção de sódio e de água, gerando um estado hipervolémico e hiposmolar nas mulheres grávidas (Lowdermilk, 2006; Talbot & MacLennan, 2016).

É importante referir que estas mulheres tendem a repousar por períodos superiores às não grávidas, apresentando de uma forma geral um aumento de apetite como forma de conservar a energia e melhorar a nutrição fetal. O tempo de trânsito alimentar pode ser tão lento que a quantidade de água reabsorvida se torne superior ao normal, conduzindo a situações de obstipação. Também as náuseas e os vômitos são sintomas frequentes nesta população, afetando de forma geral entre 50% a 90% das mulheres, especialmente no primeiro trimestre.

Estes sintomas advêm maioritariamente da motilidade gastroesofágica, intestinal e biliar, bem ainda como da tonicidade dos esfíncteres que se reduzem durante a gravidez devido à constante subida de progesterona. A deslocação do estômago em sentido ascendente e o aumento da pressão inter-gástrica podem ainda predispor a sintomas de refluxo (Chang & Streitman, 2012; Lowdermilk, 2006; Soma-Pillay et al., 2016).

Quanto às alterações no peso, estas provêm não só do feto gerado como ainda da incorporação dos produtos de concepção tais como a placenta, as membranas e o líquido amniótico, mas também pelo aumento do útero, das reservas de gordura, da massa muscular, da quantidade de volume sanguíneo, do tecido mamário e da água intra e extracelular. A variação do peso não é proporcional ao longo dos 9 meses de gestação, sendo no segundo e terceiro trimestres cinco vezes superior ao primeiro trimestre (Silva et al., 2016).

Ao nível hormonal, e de entre as principais hormonas que atuam no corpo da mulher grávida pode referir-se, a progesterona, por ter efeito na sensação de fadiga, dimensão e função dos seios (de forma a permitir a produção de leite). Esta é diretamente responsável pela instalação e manutenção do feto na cavidade uterina, bem como pela alteração positiva na temperatura corporal basal e aumento na frequência respiratória (Chang & Streitman, 2012; Silva et al., 2016; Talbot & MacLennan, 2016).

Também a relaxina tem um importante papel na gravidez pois, inibe a atividade uterina, possibilitando a elasticidade do tecido conjuntivo do sistema esquelético. Esta hormona é produzida pelos corpos *lacteum* e pela placenta, que aumenta durante a gravidez, com um pico no final do primeiro trimestre, permanecendo constantemente elevada até ao final da gravidez.

O estrogénio provoca mudanças no tamanho e na função dos seios, preparando o corpo da mulher para a lactação, potencia ainda os recetores sensíveis à relaxina, reforçando o seu efeito nas articulações, assim como a concentração de estradiol e de progesterona que provocam uma maior probabilidade de dor articular.

As alterações hormonais, as alterações do tecido conjuntivo e do colagénio, aumentam o relaxamento ligamentar e a mobilidade das articulações (Artal & O'Toole, 2017; Lowdermilk, 2016).

Outro aspeto não menos importante, relevante na gravidez é a distensão abdominal, resultante da diminuição do tónus muscular e do aumento do feto (crescimento do útero, que se encontra anteriorizado dentro da cavidade abdominal), e o aumento mamário, que estão na origem da báscula anterior pélvica e subsequente reajustamento das curvaturas da coluna.

A deslocação do centro de gravidade, no corpo da grávida, para cima e para a frente, aumenta o braço de alavanca na região superior do corpo, em relação às articulações da anca, provocando um aumento da lordose lombar e consequente compressão cervical por ântero-flexão exagerada da cabeça, assim como, uma anteversão pélvica, por alteração da base de apoio. Estes ajustes progressivos são efetuados de forma a garantir um equilíbrio ântero-posterior à medida que a gestação progride e a massa fetal aumenta. É ainda de referir, que cada mulher terá um desenvolvimento diferente, devido às suas características individuais, como a força muscular, a fadiga e as posições mais recorrentes (Cortez, Franco, Sene, Cravalho, & Tomazini, 2012; Lowdermilk, 2016; Mann et al., 2010; Pantoja & Sousa, 2012; Pennick & Liddle, 2013; Whitcome, Shapiro, & Lieberman, 2007).

A teoria da origem vascular assenta no efeito de compressão, pela gravidade uterina, sobre a aorta e a veia cava, que gera estagnação e diminuição venosa regional da saturação de oxigénio, levando a um quadro de hipoxia que compromete a atividade metabólica das estruturas nervosas. A diminuição do fluxo venoso nos membros inferiores pode estar associada à vasodilatação da veia ilíaca, pelas artérias ilíacas e genitais. Sendo assim, a dor lombar torna-se mais frequente durante o período da noite e/ou quando adotada a posição de decúbito dorsal (Casagrande, Gugala, Shannon, & Ronald, 2015; Kokic et al., 2017; Soma-Pillay et al., 2016; Tate, 2011).



Todas as alterações multissistêmicas e adaptações, mencionadas anteriormente, ocorrem de forma a garantir o saudável crescimento do feto, bem como a facilitação do trabalho de parto, à luz da literatura atual (Casagrande et al., 2015; Lowdermilk, 2016).

Segundo Noon & Hoch (2012), investigadores como MacLennan *et al.* (1986), estudaram o efeito hormonal na gravidez, e inferiram que as grávidas que apresentassem maior incapacidade por lombalgia, teriam maiores níveis de relaxina no sangue. Tal conclusão foi refutada posteriormente em vários estudos, entre eles o de Schauberger *et al.* (1996), e o de Marnach *et al* (2003) (Noon & Hoch, 2012).

A gravidez é considerada um estado normal/natural, em que a mulher deve continuar com os hábitos comuns de vida e de trabalho, não deve ver a sua qualidade de vida e a habilidade física diminuídas. No entanto, é possível verificar que há um elevado número de mulheres a sofrer de Lombalgia (Olsson & Nilsson-Wikmar, 2004), sendo este um problema comum durante a gravidez, e que proporciona um elevado impacto na qualidade de vida da mulher (Glinkowski et al., 2016; Noon & Hoch, 2012; Shim, Lee, Oh, & Kim, 2007).

A dor lombar durante a gravidez é responsável pela diminuição da capacidade funcional e pelo aumento da procura de cuidados de saúde, com o objetivo de minimizar os sintomas (Virgara, Maher, & Kessel, 2018).

Segundo a International Association for the Study of Pain, a dor é descrita como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a um dano real ou potencial de carácter subjetivo. As alterações físicas e emocionais associadas à gravidez acabam, por ter um impacto negativo na qualidade de vida, não devendo estas ser aceites como “normal” (Da Costa et al., 2010; Jomeen & Martin, 2005; Taşdemir, Balci, & Günay, 2010; Tendais, Figueiredo, Mota, & Conde, 2011).

O bem-estar físico relaciona-se com a ausência ou a mínimos graus de doença, incapacidade ou desconforto, em especial, relacionados com o sistema músculo-esquelético, sendo este definido como um fenómeno de perceção física desagradável imputado à fadiga aguda e à sobrecarga física (De Conti et al., 2003).

Segundo diferentes autores, a lombalgia na gravidez ocorre em cerca de 50% das gestantes, (Artal & O’Toole, 2017; Cortez et al., 2012; C. H. J. Ferreira & Nakono, 2001; Kalus, Kornman, & Quinlivan, 2008), destas, mais de um terço refere a existência de dor lombar localizada na região lombossacral ou na dorsolombar (Cortez et al., 2012). É importante referir que são poucos os estudos realizados em Portugal sobre lombalgia e a maioria dos existentes avaliam essencialmente o tratamento aplicado (Ponte, 2005).

Nos Estados Unidos um estudo desenvolvido por Wang *et al.*, em 2004, revelou uma incidência de 64% de Lombalgia associada à gravidez, mas apenas 32% dos casos são reportados aos médicos e 25% dos casos têm tratamento (Noon & Hoch, 2012).

A Lombalgia é diferente na gravidez e na população em geral, essencialmente devido à sua etiologia, sendo definida como uma dor recorrente ou contínua por mais de uma semana, localizada na região entre a prega glútea e a crista ilíaca posterior, particularmente próxima da articulação sacroilíaca, de origem multifatorial, ainda não totalmente definida. Esta está diretamente associada a limitações funcionais suficientes para alterar a rotina e o estilo de vida da grávida.

Esta patologia surge maioritariamente por volta das 22 semanas de gestação, apesar de poder ocorrer em qualquer fase da gravidez (Chou & Huffman, 2007; C. H. J. Ferreira & Nakono, 2001; Katonis *et al.*, 2011; Kokic *et al.*, 2017; Noon & Hoch, 2012; Pitangui & Ferreira, 2005; Richards, Van Kessel, Virgara, & Harris, 2012), sendo a sua etiologia ainda desconhecida. A literatura menciona, no entanto, três mecanismos básicos de ocorrência: 1) o mecanismo vascular; 2) o hormonal; e o 3) biomecânico/músculo-esquelético. Outro fator de risco enunciado e suportado por vários autores é a existência de lombalgia prévia (Kokic *et al.*, 2017; Noon & Hoch, 2012).

Esta pode surgir, por tração ou por compressão nervosa, bem como por distensão da parede abdominal (impede o suporte ântero-posterior adequado) que intensifica a tensão muscular na cadeia posterior de forma a equilibrar a ineficácia abdominal, podendo levar à fadiga (Lowdermilk, 2016; Moura, Campos, Mariani, Siqueira, & Abreu, 2007; Pantoja & Sousa, 2012).

Glinkowski utilizou a avaliação postural em 3D, verificou que o grau da curvatura lombar provocada durante a gravidez pode influenciar a existência de lombalgia. Num estudo baseado na utilização de topografia de superfície, Glinkowski juntamente com Michonski *et al.*, observaram a ocorrência de uma correlação forte entre o ângulo de lordose lombar e a lombalgia (Glinkowski *et al.*, 2016; Michonski, Walesiak, Pakula, Glinkowski, & Sitnik, 2016).

É perceptível que as algias posturais dificultam a funcionalidade das atividades na vida diária podendo ser qualificadas como um problema de saúde pública, uma vez que estas atingem, não só nas gestantes, mas na população em geral. Somente com a deteção precoce da lombalgia é que será possível avaliar a efetividade de programas e métodos adequados para a sua prevenção, redução ou alívio definitivo (Pantoja & Sousa, 2012).

A Lombalgia estimula efeitos pejorativos principalmente por ser a responsável pelo aparecimento de distúrbios do sono, de alterações no padrão de marcha e por promover *stress*.

Sendo estes sintomas descritos por um terço das grávidas como severos (Kalus et al., 2008; Lowdermilk, 2016; Martins & Silva, 2005; Michonski et al., 2016; Olsson & Nilsson-Wikmar, 2004; Pennick & Liddle, 2013; Senhorinho, Souza, Sousa, & Gabriel, 2003).

A prevenção e o tratamento da Lombalgia são fundamentais não só para o aumento da qualidade de vida das mulheres, como também para a redução de custos no sector da saúde pública e o aumento da produtividade laboral, com o intuito de minimizá-la significativamente (Gallo-Padilla et al., 2015; Kalus et al., 2008; Katonis et al., 2011; Keskin et al., 2012a).

Os programas multidisciplinares dos serviços de cuidado materno têm ganho relevância sendo o seu objetivo acompanhar e proporcionar à mulher o equilíbrio físico e psíquico, de forma a garantir uma gravidez saudável, tendo presente as alterações que lhe estão associadas (Castro, Castro, & Mendonça, 2012; Lowdermilk, 2016).

A Fisioterapia tem demonstrado grande eficiência e eficácia no tratamento de Lombalgias associadas à gravidez, comparativamente com os cuidados pré-natais sem Fisioterapeutas (Mota et al., 2014).

A Fisioterapia é uma área que privilegia a abordagem funcional e holística do indivíduo, sendo especialista em correções ergonómicas e posturais, que restauram e maximizam o movimento e as habilidades funcionais (Higgs, Refshauge, & Ellis, 2001; Richards et al., 2012; Serra, 2006). Esta área específica da saúde feminina, iniciada no ano de 1999 em Portugal, tem uma vasta atuação em todas as fases do ciclo de vida da mulher (International Organization of Physical Therapists in Women's Health, 2013). Devido ao tipo de abordagem, a Fisioterapia é, normalmente, a escolha de primeira linha para o alívio de dor e de desconfortos (especialmente em condições posturais), uma vez que a prescrição medicamentosa é condicionada durante a gravidez (Castro et al., 2012; Mota et al., 2014; Moura et al., 2007; Pantoja & Sousa, 2012).

Com o objetivo de diminuir o impacto da Lombalgia na vida da uma mulher grávida, é essencial o aconselhamento na utilização de diferentes tipos de apoios, como os assentos, as almofadas e as ortóteses, indicadas pelo Fisioterapeuta em contexto e função de movimento comuns de forma a que o corpo mantenha uma postura correta em que a coluna vertebral esteja apoiada e sem *stress* (Katonis et al., 2011; Mota et al., 2014).

Assim podemos referir que, a Lombalgia das alterações músculo-esqueléticas é a mais comum na gravidez (Martins & Silva, 2005), daí a pertinência de a abordar nesta investigação, contextualizando o impacto gerado na qualidade de vida da mulher grávida. Deste modo, os objetivos do presente estudo são: (1) caracterizar a dor lombar numa amostra de mulheres grávidas no terceiro trimestre de gestação, residentes em Ponta Delgada e (2) perceber se existe uma relação entre a dor lombar e a qualidade de vida das grávidas (medida pelo questionário

SF-36) e (3) perceber se existe relação entre a dor lombar e o nível de incapacidade (medido pelo questionário ODI).

## Metodologia

O presente estudo é do tipo observacional-descritivo transversal e correlacional. Segundo Marques e Peccin (2005), um estudo observacional transversal, é também denominado estudo de prevalência, focando geralmente um único grupo representativo da população, sendo os dados recolhidos num único momento. Ribeiro (2010) acrescenta, que neste caso o investigador não intervém no estudo, desenvolvendo apenas os procedimentos para descrever os acontecimentos que ocorrem naturalmente e quais os efeitos nos participantes do estudo. Descritivo por ser um levantamento de características de um grupo de indivíduos com uma determinada condição, realizado num determinado ponto do tempo. Em geral um estudo descritivo indica a possibilidade de existência de determinadas associações da doença ou condições que podem causar prejuízos à saúde, com as características temporais, espaciais ou pessoais, levando os pesquisadores a formularem hipóteses para novas investigações a ser realizadas (Marques & Peccin, 2005; Ribeiro, 2010). As análises epidemiológicas podem ter diferentes finalidades: avaliar a saúde na comunidade; estudar a ocorrência de doenças ou alterações numa determinada população para fins de diagnóstico e prognóstico da comunidade; a procura e a efetividade dos serviços de saúde, medir os riscos individuais da doença, identificar síndromes (Beaglehole, Bonita, & Kjellström, 2003; Morris, 1955; Saiger, 1961). Estes estudos são considerados economicamente viáveis, fáceis de realizar e úteis na investigação do grau de exposição a determinadas condições por características individuais fixas, como etnia e o nível socioeconómico (Marques & Peccin, 2005).

O estudo correlacional tem por objetivo inspecionar a relação entre a ocorrência de uma condição e possíveis fatores de risco. Deste modo, formularam-se três hipóteses, com intuito de caracterizar a dor lombar em mulheres no terceiro trimestre de gestação, em Ponta Delgada:

(H1) As mulheres grávidas no terceiro trimestre de gestação apresentam dor lombar;

(H0) As mulheres grávidas no terceiro trimestre de gestação não apresentam dor lombar;

(H1') A existência de dor lombar e as suas características (a localização, a frequência, o período do dia em que surge, a duração, os fatores de alívio e de agravamento, a intensidade) influenciam a qualidade de vida das grávidas;

(H0') A existência de dor lombar e as suas características (a localização, a frequência, o período do dia em que surge, a duração, os fatores de alívio e de agravamento, a intensidade) não estão relacionados com a qualidade de vida das grávidas;

(H1'') A existência de dor lombar e as suas características (a localização, a frequência, o período do dia em que surge, a duração, os fatores de alívio e de agravamento, a intensidade) têm influência no nível de incapacidade apresentado pelas grávidas;

(H0'') A existência de dor lombar e as suas características (a localização, a frequência, o período do dia em que surge, a duração, os fatores de alívio e de agravamento, a intensidade) não têm influência no nível de incapacidade apresentado pelas grávidas;

As variáveis dependentes em estudo são (1) dor lombar, localização, a frequência, o período do dia em que surge, a duração, os fatores de alívio, os fatores de agravamento, e a intensidade; (2) qualidade de vida (medida pelo questionário SF-36) e (3) incapacidade (medida pelo questionário ODI). Como variáveis independentes surgem a idade da grávida, a idade gestacional, o Índice de Massa Corporal (IMC) gestacional, o IMC anterior à gravidez, a prática de exercício regular antes da gravidez, a prática de exercício regular durante a gravidez, a presença de dor lombar antes da gestação o número total de gestações e período de tempo entre a gestação atual e da gestação anterior o número de gestações, o tempo decorrido da última gestação.

## **População e Amostra**

A população alvo deste estudo foram mulheres grávidas no terceiro trimestre de gestação e residentes em Ponta Delgada. A amostra em estudo é constituída por 30 grávidas utentes do Centro Médico Doutor Carlos Ponte e da Clínica do Bom Jesus. As participantes incluídas no estudo foram selecionadas de forma não aleatória e conveniência da investigação (Hill & Hill, 2005).

Os critérios de inclusão foram: mulheres grávidas primíparas ou com histórico de gravidez há mais de dois anos, no terceiro trimestre de gestação, gestação de baixo risco e sem intercorrências e com idade compreendida entre os 20 e 40 anos, sem alterações cognitivas ou físicas que limitem a compreensão oral e escrita. Foram excluídas: mulheres a realizar terapias medicamentosas ou não invasivas, para alívio da dor lombar.

## **Instrumentos de recolha de dados**

Uma avaliação de saúde ideal, inclui uma medida de saúde física, uma medida de desempenho físico, social e psicológico e uma medida de qualidade de vida (Acemoglu, Robinson, & Verdier, 2017).

Segundo Padua et al., (2005) as medidas reportadas são as mais utilizadas para avaliar a perspetiva do utente perante a situação clínica (Padua et al., 2005), neste sentido, foram utilizadas uma Folha de Registo e as versões portuguesas validadas dos questionários: SF-36 (Medical Outcomes Study – Short Form 36 itens) e ODI (Oswestry Disability Index, version 2.0).

A folha de registo foi elaborada para a caracterização da amostra, contemplando os seguintes tópicos: idade, estado civil, habilitações literárias, profissão, idade gestacional, peso anterior à gestação, peso atual, peso atual, altura, prática de exercício regular antes da gravidez, prática de exercício regular durante a gravidez, presença de dor lombar, localização da dor, frequência da dor, período do dia em que surge a dor, duração da dor, fatores de alívio da dor, fatores de agravamento da dor, intensidade da dor (avaliada através de uma escala visual numérica – EVN), presença de dor lombar antes da gestação, número total de gestações e período de tempo entre a gestação atual e da gestação anterior. Os dados serão obtidos através da colaboração dos indivíduos em estudo.

A Escava Visual Numérica (EVN) de dor permite avaliar a intensidade da dor, de forma comparável e válida ao contexto português. Consiste numa régua dividida em onze partes numeradas, sucessivamente, de 0 a 10. É apresentada ao doente, que faz a equivalência entre a intensidade da sua dor e a classificação numérica (Ministério da Saúde, 2003).

O Medical Outcomes Study – Short Form 36 (SF-36) é considerado uma medida genérica de saúde, não sendo específica para qualquer grupo etário, doença ou tratamento. Este questionário mede conceitos de saúde que representam valores humanos básicos relevantes à funcionalidade e ao bem-estar de cada um. (P. L. Ferreira, 2000). Este engloba oito conceitos, que compreendem tanto os estados positivos como os negativos, através da avaliação de 36 itens (P. L. Ferreira, 2000; F. B. V. Gil, Osis, & Faúndes, 2011; Severo, Santos, Lopes, & Barros, 2006). As oito dimensões de análise são: Função Física (FF), Desempenho Físico (DF), Desempenho Emocional (DE), Dor (DR), Saúde em Geral (SG), Vitalidade (VT), Função Social (FS) e Saúde Mental (SM). Cada uma das dimensões é classificada de 0 (pior estado de saúde possível) a 100 (melhor estado de saúde possível).

A versão portuguesa foi validada por Ferreira (2000), com adaptação cultural e linguística do SF-36 (P. L. Ferreira, 2000). Em 2006, com uma amostra de 1446 adultos, Milton Severo e a sua equipa demonstraram que este questionário avalia efetivamente a dimensão física e mental do estado de saúde, comprovando a sua fiabilidade e validade. A medida permite a obtenção de uma pontuação total por dimensão entre 0 e 100, podendo também ser calculado sem uma das dimensões. Quanto maior for o valor obtido, melhor o estado de saúde. A vantagem desta escala é o facto de ser possível estimar a sua pontuação, mesmo que apenas metade do questionário seja preenchido (P. L. Ferreira, 1998). Após a transformação dos dados é calculada uma pontuação para cada domínio, através da soma das respostas que a compõem. Posteriormente os valores das escalas são transformados numa escala de 0 a 100 valores, através da seguinte fórmula:

$$\text{Escala Transformada} = \frac{(\text{Soma} - \text{Mínimo})}{(\text{Máximo} - \text{Mínimo})} \times 100$$

A versão portuguesa do Oswestry Disability Questionnaire (ODI) sobre Incapacidade, versão 2.0 foi sujeita a tradução e adaptação linguística (Martins, NS 2000), tendo sido confirmada a sua fiabilidade e validade (Pereira, VH 2003). Esta permite avaliar a incapacidade por dor lombar, seja ela específica ou não, em várias atividades funcionais e é constituído por 10 secções, contendo 6 afirmações cada, para identificar limitações em 10 atividades da vida diária. Cada resposta é pontuada de 0 (ausência de disfunção) a 5 (maior disfunção) e o score final, em percentagem, mede o grau de incapacidade: 0%-20% - incapacidade mínima; 21%-40% - incapacidade moderada; 41%-60% - incapacidade severa; 61%-80% - incapacidade muito severa; 81%-100% - exagero dos sintomas (Medical Criteria, n.d.).

O resultado é obtido através da soma dos valores obtidos em cada secção, sendo a pontuação máxima de 50 valores, posteriormente o valor é transformado em percentagem, com seguinte fórmula (Fairbank & Pynsent, 2000):

$$\text{Score Total} = \frac{\text{Soma dos valores de todas as secções}}{\text{Score Máximo}}$$

## **Procedimentos**

O processo de recolha de dados decorreu entre os meses de novembro de 2018 e maior de 2019 recorrendo a entrevista, de forma presencial. As grávidas que constituíram a amostra

preencheram de forma autónoma todos os elementos de recolha de dados – FR, SF-36 e ODI –, após a esclarecimento da importância do estudo e o preenchimento do consentimento informado. Estes dados foram recolhidos no momento anterior às consultas de Obstetrícia, em ambas as Clínicas, tendo uma duração média de 18 minutos (5min ODI, 10 min SF-36 e 3 min FR).

No consentimento informado foram descritas as linhas gerais do estudo, bem como assegurada a confidencialidade dos dados recolhidos. Nenhum método invasivo foi usado para a colheita de dados.

## **Análise e Tratamento de dados**

A análise estatística foi realizada com recurso ao Programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS versão 24 para Windows). A caracterização da amostra foi realizada com o recurso a tabelas de frequência e cálculo de medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio padrão), bem como medidas de localização relativa (mínimo e máximo).

O estudo da prevalência da existência de dor lombar em grávidas no terceiro trimestre de gravidez foi feito com recurso ao teste binomial que comparar 2 proporções. A comparação entre as variáveis foi efetuada utilizando testes paramétricos, quando a variável dependente era quantitativa e apresentava uma distribuição normal, especificamente o teste *T-student* e *Anova 1 fator*. A normalidade da distribuição foi verificada pelo teste de Shapiro-Wilk e a homogeneidade pelo teste de Levéne. Quando o critério de normalidade não foi preenchido verificou-se, primeiramente, a severidade dos valores de Assimetria (SK) e de Curtose (Ku) e quando considerados pouco severos à normalidade ( $SK < 3$  e  $Ku < 7$ ) aplicou-se os testes paramétricos, quando não preencheram os requisitos enumerados, utilizou-se o teste não paramétrico Mann-Whitney.

O teste de qui-quadrado calculou variáveis dependentes quando se apresentavam em escala ordinal, sendo utilizado o valor de Fisher quando 20% das células apresentavam frequências menores que 5.

No caso do cálculo de duas variáveis ordinais como os vários domínios da SF-36 e a intensidade de dor (categorizada), utilizou-se o teste de Spearman.



Foi tomado um nível de significância de  $p \leq 0.05$ .

## Resultados

A amostra é constituída por 30 mulheres grávidas no terceiro trimestre, com uma média de idade 31 anos, aproximadamente (desvio padrão 4,191), verificando-se uma idade mínima de 24 anos e máxima de 38 anos. Relativamente à faixa etária, foi observado que a maioria da amostra apresentava idades acima dos 31 anos, correspondendo a cerca de 57%, da mesma.

**Tabela 1: Caracterização da amostra (n=30)**

|                                                  |                                                 |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Idade (Anos)                                     | 30,57* $\pm$ 4,2** 24-38***                     |
| Idade Gestacional (Semanas)                      | 32,23* $\pm$ 3,6** 26-39***                     |
| IMC atual (kg/m <sup>2</sup> )                   | $\pm$ 27,09* $\pm$ 4,48** $\pm$ 20- $\pm$ 40*** |
| IMC anterior à gravidez (kg/m <sup>2</sup> )     | 24,02* $\pm$ 5,04** 14-18***                    |
| Variação de peso (kg)                            | 10,07* $\pm$ 5,49** -9-20***                    |
| Número total de gestações                        | 74,5* $\pm$ 12,76** 52-100***                   |
| Período entre a última gestação e a atual (Anos) | 1,4* $\pm$ 0,62** 1-3***                        |
| *Média **Desvio-padrão ***Mínimo-Máximo          |                                                 |

**Tabela 2: Caracterização da amostra (n=30)**

|                                                |     | Proporção | <i>p-valeu</i> |
|------------------------------------------------|-----|-----------|----------------|
| <b>Prática de exercício antes da gravidez</b>  | Sim | 33%       | <b>0,099</b>   |
|                                                | Não | 67%       |                |
| <b>Prática de exercício durante a gravidez</b> | Sim | 37%       | <b>0,200</b>   |
|                                                | Não | 63%       |                |
| <b>Dor Lombar antes da gravidez</b>            | Sim | 33%       | <b>0,099</b>   |
|                                                | Não | 67%       |                |

Das mulheres em estudo, 66,7% apresentavam dor lombar, tendo se avaliado, em seguida as diferenças entre os dois grupos, relativamente a algumas características.

Após análise estatística (*T-student*), da relação entre a idade e a dor lombar, observou-se que não existe evidência estatística que a sustente, apesar de 55% das mulheres que apresentavam dor lombar, terem idades superiores a 31 anos. As mulheres com dor lombar apresentaram uma média de 30,6 anos de idade, e as que referiram não ter dor, uma média igual a 30,5 anos.

Foi possível observar que 66% das participantes eram primíparas, sendo a idade gestacional das grávidas compreendida entre as 26 e as 39 semanas. Em média foram contabilizadas 32 semanas de gravidez (desvio padrão 3,588). As gestantes entre as 31 e as 35 semanas, representam 40% da amostra, sendo que cerca de 26% apresentavam DL. No entanto, não se verificou uma relação direta entre as médias do tempo de gestação tanto no grupo com dor lombar (32,45 semanas), quanto no grupo sem dor lombar (31,80 semanas).

A maioria das grávidas em estudo são casadas ou em união de facto, representando uma percentagem de 90%, sendo apenas 2 das mulheres são solteiras e 1 divorciada.

Relativamente às habilitações literárias, 80% das mulheres frequentaram/concluíram o ensino superior.

Do total da amostra, 66% das mulheres apresentavam um IMC de 28 (desvio padrão 4,26942), o que revela que a maioria apresenta sobrepeso. É ainda de salientar que 20% da amostra se encontrava em estado de obesidade. A relação entre o IMC e a dor lombar encontrada não foi, no entanto, significativa. As grávidas com dor lombar apresentaram uma média de 28 de IMC, o que corresponde a um estado acima do peso ideal (obtido por 50%, das mesmas), sendo nas gestantes que não referiram dor apresentaram uma média de 25,04 de IMC.

Relativamente à prática de exercício antes da gravidez, foi possível evidenciar que 67% não praticava exercício, sendo que destas, 80% das mesmas apresentavam dor lombar. Após a aplicação do teste Fisher, verificou-se que a relação da prática de exercício antes da gravidez com a dor lombar é estatisticamente significativa ( $p=0,045$ ). De referir, que 60% das mulheres que praticavam exercício antes da gravidez, não apresentavam dor lombar, pertencendo estas a uma minoria de 33% das mulheres ativas antes da gestação.

A mesma relação foi verificada entre a prática de exercício durante a gravidez e a dor lombar ( $p=0,015$ ). Verificou-se que 70% das mulheres que praticaram exercício durante a gravidez não apresentavam dor lombar, enquanto 80% das que não eram ativas durante a gravidez apresentavam dor lombar.

Quanto à existência de dor lombar antes e durante a gravidez, foi possível verificar-se que 55% das grávidas com queixas de dor lombar, não apresentavam dor antes da gestação, mas após estudo estatístico não se verificou uma relação significativa.

No que se refere à intensidade da dor, a mais frequente é moderada (45%), sendo a relação entre a intensidade e a dor lombar, extremamente significativa, aquando do teste de Fisher.

**Tabela 3: Distribuição da dor lombar e intensidade (n=30)**

|                   |     |                 | Dor Ligeira | Dor Moderada | Dor Severa |
|-------------------|-----|-----------------|-------------|--------------|------------|
| <b>Dor lombar</b> | Sim | Número          | 6           | 9            | 5          |
|                   |     | % em Dor Lombar | 30,0%       | 45,0%        | 25,0%      |
|                   | Não | Número          | 10          | 0            | 0          |
|                   |     | % em Dor Lombar | 100,0%      | 0,0%         | 0,0%       |

Todas as características estudadas (localização, frequência, período do dia, duração, fatores de alívio e de agravamento) apresentaram uma relação extremamente significativa com a dor lombar. Podemos concluir que a dor é maioritariamente “apenas a região lombar” (55%), com uma frequência semanal (45%), noturna (60%), com uma duração de cerca de 1 hora (60%), que alivia com o repouso (60%) e que piora durante as atividades domésticas (35%).

**Tabela 4: Caracterização da amostra relativamente às dimensões SF-36 e ODI (n=30)**

|                                                     |                                               |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| ODI (versão portuguesa)                             | $\pm 31,11^* \pm 12,38^{**} \pm 17-58^{***}$  |
| D. Função Física (SF-36 – versão portuguesa)        | $71^* \pm 14,29^{**} 40-95^{***}$             |
| D. Desempenho Físico (SF-36 – versão portuguesa)    | $\pm 61,88^* \pm 21,61^{**} 25-100^{***}$     |
| D. Dor (SF-36 – versão portuguesa)                  | $58,1^* \pm 21,76^{**} 20-100^{***}$          |
| D. Saúde Geral (SF-36 – versão portuguesa)          | $74,5^* \pm 12,76^{**} 52-100^{***}$          |
| D. Vitalidade (SF-36 – versão portuguesa)           | $\pm 52,34^* \pm 12,58^{**} 30-80^{***}$      |
| D. Função Social (SF-36 – versão portuguesa)        | $76,25^* \pm 15,87^{**} 50-100^{***}$         |
| D. Desempenho Emocional (SF-36 – versão portuguesa) | $\pm 79,17^* \pm 20,27^{**} \pm 41-100^{***}$ |
| D. Saúde Mental (SF-36 – versão portuguesa)         | $69,87^* \pm 11,30^{**} 40-84^{***}$          |
| *Média **Desvio-padrão ***Mínimo-Máximo             |                                               |

**Tabela 5: Estudo da prevalência da dor lombar (n=30)**

|                   |     | Proporção | p-valor      |
|-------------------|-----|-----------|--------------|
| <b>Dor lombar</b> | Sim | 67%       | <b>0,099</b> |
|                   | Não | 33%       |              |

Com o objetivo de responder à primeira hipótese em estudo, ou seja, “as mulheres grávidas no terceiro trimestre de gestação apresentam dor lombar”, calculou-se o teste Binomial que apresenta um resultado no limar de significância ( $p = 0,099$ ), o que nos leva a concluir que existe uma forte tendência para a existência de dor lombar nas grávidas no 3º trimestre de gravidez. Nesta amostra 67% apresentam dor lombar.

De acordo com a segunda hipótese, levantada neste estudo, foi-se verificar a relação entre a dor e as suas características com a qualidade de vida (SF-36).

**Tabela 6: Relação entre as dimensões do SF-36 e a dor lombar (n=30)**

|                                             | Dor lombar | N  | Média       | Desvio Padrão | T de Student          |
|---------------------------------------------|------------|----|-------------|---------------|-----------------------|
| <b>Domínio<br/>Função Física</b>            | Sim        | 20 | 66,25       | $\pm 12,23$   | t= -2,881<br>p= 0,008 |
|                                             | Não        | 10 | 80,5        | $\pm 13,83$   |                       |
| <b>Domínio<br/>Desempenho<br/>Físico</b>    | Sim        | 20 | $\pm 56,88$ | $\pm 18,9$    | t= -1,867<br>p=0,72   |
|                                             | Não        | 10 | $\pm 71,88$ | $\pm 24,16$   |                       |
| <b>Domínio Dor</b>                          | Sim        | 20 | 49,7        | $\pm 14,7$    | t= -3,534<br>p=0,001  |
|                                             | Não        | 10 | 74,9        | $\pm 24,47$   |                       |
| <b>Domínio<br/>Saúde Geral</b>              | Sim        | 20 | 70,05       | $\pm 11,53$   | t= -3,07<br>p=0,005   |
|                                             | Não        | 10 | 83,4        | $\pm 10,55$   |                       |
| <b>Domínio<br/>Vitalidade</b>               | Sim        | 20 | 47,25       | $\pm 10,45$   | t= -3,781<br>p=0,001  |
|                                             | Não        | 10 | 62,5        | $\pm 10,34$   |                       |
| <b>Domínio<br/>Função Social</b>            | Sim        | 20 | $\pm 71,88$ | $\pm 15,64$   | t= -2,287<br>p=0,023  |
|                                             | Não        | 10 | 85          | $\pm 12,91$   |                       |
| <b>Domínio<br/>Desempenho<br/>Emocional</b> | Sim        | 20 | 74,58       | $\pm 20,67$   | t= -1,81<br>p=0,079   |
|                                             | Não        | 10 | $\pm 88,33$ | $\pm 16,76$   |                       |
| <b>Domínio<br/>Saúde Mental</b>             | Sim        | 20 | 67          | $\pm 12,51$   | t= -2,658<br>p=0,013  |
|                                             | Não        | 10 | 75,6        | $\pm 5,15$    |                       |

Os domínios da função física e da saúde geral revelam diferenças muito significativas ( $p \leq 0,01$ ) e os domínios da dor e da vitalidade surgem com diferenças extremamente significativas ( $p \leq 0,001$ ). No caso do estudo entre os domínios do desempenho físico e do desempenho emocional e a dor lombar, não se encontram diferenças entre os dois grupos.

O domínio da saúde mental apresenta um valor de significância de  $p=0,013$ , que corresponde a uma diferença significativa entre os dois grupos.

Devido ao número (n) em cada grupo, após avaliação, ser muito pequeno, não foi calculada a relação entre a qualidade de vida (vários domínios) e a localização, o período do dia, a situação de alívio ou de agravamento.

**Tabela 7: Correlação entre as dimensões do SF-36 e a frequência da dor lombar (n=30)**

|                          |                    | D. Função Física | D. Desempenho Físico | D. Dor | D. Saúde Geral |
|--------------------------|--------------------|------------------|----------------------|--------|----------------|
| Frequência da dor lombar | <i>Spearman</i>    | 0,362            | 0,326                | 0,348  | 0,181          |
|                          | <i>Correlation</i> |                  |                      |        |                |
|                          | <i>p-value</i>     | 0,117            | 0,161                | 0,133  | 0,446          |

**Tabela 8: Correlação entre as dimensões do SF-36 e a frequência da dor lombar (n=30)**

|                          |                    | D. Vitalidade | D. Função Social | D. Desempenho Emocional | D. Saúde Mental |
|--------------------------|--------------------|---------------|------------------|-------------------------|-----------------|
| Frequência da dor lombar | <i>Spearman</i>    | 0,469         | 0,418            | 0,155                   | 0,088           |
|                          | <i>Correlation</i> |               |                  |                         |                 |
|                          | <i>p-value</i>     | <b>0,037</b>  | <b>0,067</b>     | 0,514                   | 0,713           |

Quanto ao estudo entre a frequência e a qualidade de vida, uma vez que as variáveis são todas ordinais usou-se uma correlação não paramétrica de *Spearman*. É possível afirmar que existe uma correlação significativamente moderada entre o domínio da vitalidade e a frequência da dor.

**Tabela 9: Correlação entre as dimensões do SF-36 e a duração da dor lombar (n=30)**

|                       |                    | D. Função Física | D. Desempenho Físico | D. Dor       | D. Saúde Geral |
|-----------------------|--------------------|------------------|----------------------|--------------|----------------|
| Duração da dor lombar | <i>Spearman</i>    | -0,017           | -0,290               | -0,767       | 0,173          |
|                       | <i>Correlation</i> |                  |                      |              |                |
|                       | <i>p-value</i>     | 0,942            | 0,215                | <b>0,000</b> | 0,467          |

**Tabela 10: Correlação entre as dimensões do SF-36 e a duração da dor lombar (n=30)**

|                       |                    | D. Vitalidade | D. Função Social | D. Desempenho Emocional | D. Saúde Mental |
|-----------------------|--------------------|---------------|------------------|-------------------------|-----------------|
| Duração da dor lombar | <i>Spearman</i>    | -0,541        | -0,074           | 0,219                   | -0,257          |
|                       | <i>Correlation</i> |               |                  |                         |                 |
|                       | <i>p-value</i>     | <b>0,014</b>  | 0,756            | 0,353                   | 0,275           |

Verificou-se, ainda, uma correlação extremamente significativa, entre a duração da dor e o domínio da dor: quanto maior a duração da dor, maior o valor do domínio da dor. A correlação entre a duração e a vitalidade apresenta uma significância positiva moderada ( $p=0,014$ ), havendo uma tendência para quanto maior a duração dor, mais o domínio da vitalidade se encontra afetado.

**Tabela 11: Correlação entre as dimensões do SF-36 e a intensidade da dor lombar(n=30)**

|                           |                    | D. Função Física | D. Desempenho Físico | D. Dor       | D. Saúde Geral |
|---------------------------|--------------------|------------------|----------------------|--------------|----------------|
| Intensidade da dor lombar | <i>Spearman</i>    | -0,416           | -0,342               | -0,669       | -0,265         |
|                           | <i>Correlation</i> |                  |                      |              |                |
|                           | <i>p-value</i>     | <b>0,022</b>     | 0,064                | <b>0,000</b> | 0,156          |

**Tabela 12: Correlação entre as dimensões do SF-36 e a intensidade da dor lombar (n=30)**

|                           |                    | D. Vitalidade | D. Função Social | D. Desempenho Emocional | D. Saúde Mental |
|---------------------------|--------------------|---------------|------------------|-------------------------|-----------------|
| Intensidade da dor lombar | <i>Spearman</i>    | -0,476        | -0,531           | -0,272                  | -0,507          |
|                           | <i>Correlation</i> |               |                  |                         |                 |
|                           | <i>p-value</i>     | <b>0,008</b>  | <b>0,003</b>     | 0,145                   | <b>0,004</b>    |

Relativamente à intensidade da dor e a relação com os vários domínios, foi possível observar-se uma correlação moderada, podendo concluir-se que quanto maior a intensidade menor a qualidade de vida. De salientar que existe uma relação extremamente significativa, entre a intensidade e o domínio da dor, havendo, por isso, uma tendência para quanto maior o

domínio de dor maior a intensidade. Relativamente ao Domínio da saúde geral, este não apresentou uma relação significativa com a intensidade.

Deste modo, podemos concluir que apenas existe uma relação significativa entre a dor lombar e a qualidade de vida, sendo que as suas características de uma forma geral não influenciam os vários domínios. É rejeitada a hipótese em estudo, podendo-se afirmar que “a existência de dor e as suas características (a localização, a frequência, o período do dia em que surge, a duração, os fatores de alívio e de agravamento, a intensidade) não estão relacionados com a qualidade de vida das grávidas”.

De forma a responder à última hipótese “a existência de dor e as suas características (a localização, a frequência, o período do dia em que surge, a duração, os fatores de alívio e de agravamento, a intensidade) têm influência no nível de incapacidade apresentado pelas grávidas, utilizou-se os testes de Fisher e Correlação de Spearman.

**Tabela 13: Relação entre o grau de incapacidade e a dor e as suas características (n=30)**

|                             |                            | Dor<br>Lombar | Local | Período do<br>Dia | Fatores de<br>Alívio | Fatores de<br>Agravamento |
|-----------------------------|----------------------------|---------------|-------|-------------------|----------------------|---------------------------|
| <b>Grau de Incapacidade</b> | <i>Fisher's Exact Test</i> | 8,190         | 1,293 | 5,966             | 7,316                | 7,538                     |
|                             | <i>p-value</i>             | <b>0,016</b>  | 1,000 | 0,422             | 0,609                | 0,523                     |

Após a aplicação do teste de Fisher, comprovou-se a existência de uma relação significativa entre a dor lombar e o grau de incapacidade. No grupo com dor lombar há uma maior percentagem de mulheres com incapacidade moderada (50%) ou severa (35%), enquanto que no grupo que não tem dor lombar essas percentagens são de 20% e 10% respetivamente.

Neste estudo, as características da dor como a localização da dor, o período do dia, os métodos de alívio, e os fatores de agravamento, não demonstraram uma relação significativa com o grau de incapacidade (Anexo1).

**Tabela 14: Relação o grau de incapacidade e das características da dor lombar (n=30)**

|                      |                    |  | Frequência   | Duração      | Intensidade |
|----------------------|--------------------|--|--------------|--------------|-------------|
| Grau de Incapacidade | <i>Spearman</i>    |  | -0,491       | -0,466       | -0,423      |
|                      | <i>Correlation</i> |  |              |              |             |
|                      | <i>p-value</i>     |  | <b>0,028</b> | <b>0,019</b> | 0,063       |

O teste de correlação de Spearman revelou uma evidência significativa, entre o grau de incapacidade e a frequência e duração da dor, sugerindo que quanto maior a frequência e a duração da dor, maior o nível de incapacidade.

De notar que se inverteu a variável frequência da dor dado que o código mais alto correspondia a “rara”.

H1” não é, por tudo o que foi verificado, verdade. Não foi possível verificar a existência de uma relação significativa entre os graus de incapacidade e as várias características da dor lombar. No entanto, é possível afirmar-se que existe uma tendência para o aumento do grau de incapacidade, com a existência de dor lombar.

**Tabela 15: Correlação entre o grau de incapacidade e os vários domínios do SF-36 (n=30)**

|                      |                    |  | D. Função Física | D. Desempenho Físico | D. Dor       | D. Saúde Geral |
|----------------------|--------------------|--|------------------|----------------------|--------------|----------------|
| Grau de Incapacidade | <i>Spearman</i>    |  | -0,562           | -0,632               | -0,636       | -0,158         |
|                      | <i>Correlation</i> |  |                  |                      |              |                |
|                      | <i>p-value</i>     |  | <b>0,001</b>     | <b>0,000</b>         | <b>0,000</b> | 0,405          |

**Tabela 16: Correlação entre o grau de incapacidade e os vários domínios do SF-36 (n=30)**

|                      |                    |  | D. Vitalidade | D. Função Social | D. Desempenho Emocional | D. Saúde Mental |
|----------------------|--------------------|--|---------------|------------------|-------------------------|-----------------|
| Grau de Incapacidade | <i>Spearman</i>    |  | -0,452        | -0,719           | -0,460                  | -0,465          |
|                      | <i>Correlation</i> |  |               |                  |                         |                 |
|                      | <i>p-value</i>     |  | <b>0,012</b>  | <b>0,000</b>     | <b>0,010</b>            | <b>0,010</b>    |

Foi estudada a relação entre os dois questionários aplicados, ou seja, entre os vários domínios do estado de saúde e o grau de incapacidade. Concluiu-se que existe relação significativa, que nos leva a confirmar uma tendência para quanto maior o aumento do grau de incapacidade pior o estado de saúde das mulheres.



## Discussão

O primeiro objetivo deste estudo foi caracterizar a dor lombar em grávidas no terceiro trimestre de gestação, em Ponta Delgada, a frequentar consultas de acompanhamento em duas clínicas privadas, o Centro Médico Doutor Carlos Ponte e da Clínica do Bom Jesus.

A literatura refere que a lombalgia gestacional é uma queixa muito frequente, representando um dos maiores problemas relatados neste período de vida.

A prevalência de grávidas com dor lombar neste estudo foi de 66,7%, e os relatos de lombalgia relacionada à gravidez variam entre os vários estudos encontrados, provavelmente relacionado com a metodologia e critérios de diagnóstico utilizados, bem como pela sensibilidade dos instrumentos para caracterizar a dor. No entanto, a maioria dos estudos apontam para uma prevalência de dor lombar, crescente durante a gravidez atingindo valores superiores a 80%, durante o terceiro trimestre (Backhausen, Bendix, Damm, Tabor, & Hegaard, 2018; Mota et al., 2015).

Segundo a literatura, a dor lombar está associada à idade (Gutke, Lundberg, Östgaard, & Öberg, 2011) e os resultados obtidos, corroboram esta teoria, sendo que para além da média de idades das grávidas ser de 31 anos, 55% das mulheres que referiram dor apresentavam idades superiores a 31 anos.

As grávidas em estudo, apresentavam um período gestacional entre as 26 e as 39 semanas, como o delineado num dos critérios de inclusão (3º trimestre de gestação), de forma a assegurar uma maior homogeneidade da amostra, apresentando uma média de 32 semanas. A idade gestacional não mostrou, neste estudo, uma associação significativa à dor lombar, apesar da maioria dos estudos citados, relativamente à postura, referirem que as maiores mudanças ocorrem durante o terceiro trimestre, acompanhadas pelo aumento progressivo dos sintomas de lombalgia, não foi comprovada esta variação no decorrer do terceiro trimestre (Glinkowski et al., 2016; Michonski et al., 2016).

Alguns estudos apontam para que as mulheres com níveis superiores de escolaridade, apresentam menor dor ou menos impactante, que as mulheres com níveis de literacia mais baixos. Este critério pode sugerir que mulheres com níveis educacionais superiores tenham maior consciencialização e tendência para prevenir o aparecimento de dor lombar, ou ainda que a sua atividade profissional, tenda a ser menos exigente a nível físico (Backhausen et al., 2018). Este facto não se verificou, neste estudo, uma vez que 80% das grávidas frequentaram/concluíram o ensino superior (Anexo1).

Foi registado o IMC acima do peso ideal em 43,3%, das grávidas, destas 33,3% referiram dor lombar. Das 36,7% mulheres com peso ideal, 20% não apresentava dor lombar. Das grávidas com dor lombar, cerca de 66% apresentam um IMC de 28, o que corresponde a sobrepeso, e a 20% obesidade (Anexo2). Muitos autores consideram o aumento de peso um dos fatores responsáveis pelo aumento da probabilidade de existência de dor lombar e da sua intensidade, no terceiro trimestre de gravidez. Assim como a redução de massa muscular e perda de capacidade funcional, associadas ao sobrepeso e à obesidade, estão relacionadas ao desenvolvimento desta condição (Kazemi, Nahidi, & Kariman, 2017). No entanto, não foi encontrada uma relação significativa entre a dor lombar e o IMC. Há ainda um estudo desenvolvido, em 2018, sobre a intensidade da dor lombar entre mulheres grávidas, com uma amostra de 622 mulheres, concluiu que mulheres com menor IMC pré-gravidez, apresentam maior dor, contrariando a teoria supracitada (Backhausen et al., 2018). Os dados recolhidos revelam que 10% das mulheres, antes da gravidez, apresentavam um IMC abaixo do peso ideal, sendo que 66,7% se encontrava com peso ideal, segundo as normais nacionais (Anexo 2).

Neste estudo, observou-se que 55% das gestantes com dor lombar, não apresentavam dor antes da gestação, sendo a relação entre a presença de dor antes da gravidez e a dor lombar durante a gravidez pouco significativa. Estes dados são antagónicos aos vários estudos, como o estudo piloto, desenvolvido por Lima e pela sua equipa, que identificaram a existência de dor lombar antes da gravidez como um preditor relevante para a presença desta sintomatologia durante a gravidez, assim como para as características de frequência e intensidade. (Backhausen et al., 2018; Gutke et al., 2011; Lima, Gomes, Araújo, & Ptangui, 2011).

Observou-se, ainda, que há associação significativa entre a presença de dor lombar e a prática de exercício, não só antes como durante a gravidez ( $p=0,045$  e  $p=0,015$ , respetivamente). Na amostra, 67% das grávidas eram sedentárias antes da gestação, tendo-se verificado uma ligeira diminuição para 63% de sedentarismo durante a gravidez. Segundo a literatura, as mulheres grávidas que praticam exercício, ou participam em programas de exercício de fortalecimento, apresentam não só menor frequência e intensidade de dor lombar, como menor incapacidade funcional (Garshasbi & Faghih Zadeh, 2005; Keskin et al., 2012b; Norén, Östgaard, Johansson, & Östgaard, 2002). Vários autores justificam, também, que a prática de atividade física moderada, diminui a variação de curvatura vertebral esperada neste período, mantém ou aumenta a força muscular dos grupos musculares envolvidos no controle do centro de massa, assim como controla as variações de peso e a aumenta a qualidade do parto (Abessolo, Lawani, Houeto, & Akplogan, 2016; Garshasbi & Faghih Zadeh, 2005).

As características da lombalgia gestacional são bastante variadas. Frequentemente apresentam uma intensidade moderada, como também foi verificado, existindo uma relação significativa entre esta variável e a dor lombar ( $p=0,001$ ). No que diz respeito ao comportamento da dor lombar, os estudos encontrados, revelam que é predominantemente diária, com uma duração superior a 2 horas, apontando como método de alívio o repouso, como fator de agravamento a progressão da própria gravidez (Mota et al., 2015). Neste estudo, as grávidas descreveram com maior frequência uma dor localizada na região lombar, com uma frequência semanal, noturna, com uma duração de cerca de 1 hora, que alivia com o repouso e que piora durante as atividades domésticas. De referir que existe uma relação significativa entre a localização, a frequência, o período do dia, a duração, os fatores de alívio e o agravamento da condição, com a dor lombar, o que nos leva a afirmar que a dor é dependente destas características.

Recordando que o objetivo do estudo é caracterizar a lombalgia em grávidas no terceiro trimestre de gestação, a primeira hipótese em estudo centrou-se na verificação da relação entre a dor lombar e a população, tendo sido provado o predomínio da condição.

O segundo e terceiro objetivos deste estudo, prenderam-se com a necessidade de perceber a relação entre a qualidade de vida (SF-36) e o grau de incapacidade (ODI) com a dor lombar.

A comparação entre os resultados obtidos nas várias dimensões do SF-36 e a presença de dor lombar revelou uma diferença estatisticamente significativa ( $p\leq 0,05$ ) entre os dois grupos, exceto na relação entre os domínios do desempenho físico e emocional. O que demonstra que as gestantes com lombalgia padecem de uma deterioração global do estado de saúde. Relativamente ao estudo entre os domínios do SF-36 e as características da dor apenas foi possível verificar que existe uma relação significativa entre o domínio da vitalidade e a frequência, a duração e a intensidade. Sendo possível afirmar que as três características referidas, interferem na sensação de cansaço e falta de energia referidas pelas grávidas. A relação entre a intensidade e cinco das dimensões deste questionário, remetem, também, para uma influência significativa na qualidade de vida. Da Costa (2010), encontrou, contrariamente a este estudo, resultados significativos entre os domínios da função física, do desempenho físico, da dor, da vitalidade e da função social e a da qualidade de vida.

Assim, e com base nos resultados encontrados na literatura, em que foi utilizado o questionário SF-36, pode concluir-se que o perfil de estado de saúde é mais baixo, durante o terceiro trimestre de gravidez, não estando apenas os domínios da dor ou da função física afetados (Da Costa et al., 2010; J. A. N. Gil, Cabri, & Ferreira, 2009). Sendo por isso que as

participantes referem não poder desempenhar as suas atividades diárias, como antes da gravidez, devido às limitações físicas, decorrentes deste período, associadas a reações emocionais levando à redução da qualidade de vida (Da Costa et al., 2010; J. A. N. Gil et al., 2009; Kazemi et al., 2017).

Após a análise do ODI verifica-se que 50% das mulheres com dor lombar apresentam um nível de incapacidade superior a 20%, que corresponde a um grau de incapacidade moderada. A relação entre o grau de incapacidade apenas foi significativa relativamente à dor lombar e à duração da dor. Ou seja, a existência de dor lombar e quanto maior for a sua duração maior o grau de incapacidade (Anexo3). Estes resultados corroboram com encontrados na literatura, que afirmam, que a presença de lombalgia gestacional raramente provoca incapacidade total para exercer as atividades do cotidiano (Garshasbi & Faghih Zadeh, 2005).

A correlação estabelecida entre a média do score final do ODI das 30 grávidas e as várias dimensões do SF-36 revelou-se estatisticamente significativa ( $p \leq 0,05$ ) no sentido inverso ( $r$  negativo), o que significa que as mulheres com uma menor incapacidade dada pelo índice de ODI apresentam um melhor estado de saúde na maioria das vertentes analisadas pelo SF-36, exceto na dimensão da saúde geral ( $p = 0,405$ ).

Com base na revisão da literatura, esperava-se que o estado de saúde e a incapacidade física fossem proporcionais ao aumento da intensidade de dor lombar, e assim, maior incapacidade na vida cotidiana e profissional, quando a intensidade da dor fosse considerada moderada ou severa (Backhausen et al., 2018; Mota et al., 2015; Ponte, 2005). No entanto, e como já referido, não existe relação estatisticamente significativa entre a intensidade da dor e o estado de saúde ( $p > 0,05$ ) e o grau de incapacidade ( $p = 0,063$ ).

O diagnóstico da lombalgia durante a gravidez assenta, maioritariamente, nos sintomas reportados, tornando-o subjetivo e dependente da perceção de cada mulher. Uma vez que a descrição da experiência dolorosa depende de fatores cognitivos, emocionais, fisiológicos e comportamentais, e o facto da sociedade em geral vulgarizar a lombalgia neste período, aceitando-a como “normal”, pode condicionar a importância e a caracterização da mesma, pela grávida e assim afetar os estudos (Backhausen et al., 2018; Keskin et al., 2012b). Tornando-se, apenas, relevante quando a mulher apresenta uma grande incapacidade ou dor severa, nomeadamente em desempenhar as atividades da vida diária, como caminhar, ficar de pé ou estar sentada (Backhausen et al., 2018; Gutke et al., 2011; Ponte, 2005).

Apesar de um dos grupos referir não ter dor lombar, não foram encontrados resultados máximos no SF-36, nem 0% de incapacidade por dor lombar. Isto pode dever-se ao facto de as grávidas não darem importância, como já referido, à dor lombar, no entanto esta condição tem

impacto na sua vida, tanto na execução de tarefas diárias, como na interação com o meio envolvente. Podemos, por isso, concluir que a lombalgia é um fenómeno multidimensional, que inclui fatores socioculturais, psicológicos, físicos e laborais.

Por fim, e tendo em conta as hipóteses colocadas e os resultados obtidos, apenas foi possível verificar a existência de dor lombar durante o terceiro trimestre de gravidez. No entanto, é de sublinhar a existência de algumas relações significativas tanto entre as características da dor e o estado de saúde como entre o grau de incapacidade. Tais como a relação entre: a dor lombar e os domínios da dor, vitalidade, função física e saúde mental; a frequência da dor e o domínio da vitalidade; a duração da dor e os domínios da dor e da vitalidade; a intensidade da dor e os domínios da função física, dor, vitalidade, função social e saúde mental; e o grau de incapacidade e a dor lombar, a frequência e a duração da dor.

## **Conclusão**

O presente estudo respondeu a todos os objetivos a que se propôs tendo caracterizado a dor lombar em mulheres grávidas no terceiro trimestre de gravidez, em Ponta Delgada. Apesar da maioria dos resultados obtidos não estarem em concordância com os resultados dos estudos observados na revisão da literatura, foi visível que não existe consenso entre os vários investigadores. Vários estudos de caracterização de lombalgia na gravidez, no entanto ainda não foi possível concluir de forma indelével os fatores preditores da dor lombar, em grávidas no terceiro trimestre de gravidez.

Através dos resultados obtidos podemos concluir que o grupo que integrou o estudo, composto por 30 mulheres grávidas, com mais de 26 semanas de gestação, e que 66,7% referiu sofrer de lombalgia durante este período. Comprovando assim, uma tendência para a existência de dor lombar durante o terceiro trimestre de gestação. Esta elevada prevalência de grávidas com lombalgia, realça a necessidade de uma avaliação periódica, de forma a prevenir o aparecimento e a minimizar o impacto desta condição durante este período.

Relativamente a este estudo não foi possível verificar-se a relação entre todas as características da dor lombar, tanto com o estado de saúde, quanto com o grau de incapacidade. No entanto encontrou-se uma relação entre a presença da lombalgia, as suas características, o estado de saúde (SF-36), o grau de incapacidade (ODI), assim como foi verificado que apesar de não referirem dor lombar, nenhuma das mulheres inquiridas apresentou o nível máximo de estado de saúde ou a pontuação mínima de grau de incapacidade, relativamente à dor lombar.

Suportando, assim o referido por vários autores, que apesar de verificarem uma elevada prevalência desta condição, um menor desempenho físico, emocional e social e uma maior incapacidade, em mulheres neste período, o facto de ser considerada uma afeção normal não é valorizada.

Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS, 2015) o controlo da dor lombar durante a gravidez, deve ser encarado como uma prioridade no âmbito de cuidados de saúde, sendo um fator decisivo para a indispensável humanização dos cuidados de saúde. Para isso, a identificação dos fatores que perpetuam e agravam a dor, incluindo as alteações posturais, psicocomportamentais e ambientais é uma etapa fundamental no tratamento e reabilitação, que visa à melhoria da qualidade de vida, à readaptação social e profissional, e não apenas ao alívio.

Os profissionais de saúde que trabalham com a mulheres grávidas devem considerar o impacto da lombalgia na qualidade de vida, sendo um sintoma que merece uma avaliação adequada, e que esse sintoma necessita de tratamento específico, dadas as implicações negativas que podem causar na vida da mulher no período gestacional e posteriormente. A prevenção e promoção da saúde neste período de vida da mulher, através de programas nos cuidados pré-natais e pós-parto, orientados e elaborados por Fisioterapeutas, não é ainda uma prática recorrente na nossa sociedade, apesar dos resultados evidentes de vários estudos que comprovam a influencia no aparecimento e intensidade da dor lombar durante a gravidez, e a prática de exercício antes e durante o período gestacional.

Dos resultados obtidos podemos verificar a necessidade do desenvolvimento de programas de fisioterapia específicos, que respondam às necessidades individuais de cada mulher, surgindo esta como solução para o alívio desta condição, e ainda para um ganho da qualidade de vida das mulheres, na preparação para o parto e no puerpério.

Verificou-se ainda que, apesar da elevada incidência de lombalgia em mulheres grávidas, nenhuma das inquiridas recorreu a programas de reabilitação ou a sessões de fisioterapia individualizadas, sendo importante a divulgação destes dados de modo a sensibilizar a sociedade para a real existência deste problema e das soluções que existem, atualmente, para minimizar o seu impacto, como programas específicos desenvolvidos por Fisioterapeutas da Área.

Este estudo apresenta limitações a ter em conta. O estudo é transversal e a amostra foi seleccionada de forma conveniente, o que poderá comprometer a sua validade externa. Propõe-se a elaboração de um estudo longitudinal e com uma amostra aleatória, de forma a colmatar esta questão e a avaliar uma relação de casualidade, assim como a evolução e o comportamento da dor. O tamanho reduzido da amostra (n=30), não permite que os resultados obtidos sejam

transpostos para toda a população, neste caso, de Ponta Delgada. A diversidade de estudos, com metodologias diferentes, encontrados, podem comprometer as conclusões do estudo. Os dois questionários aplicados – SF-36 e ODI – apesar de traduzidos e validados para a população portuguesa, podem não ser os mais adequados para avaliar este grupo específico, uma vez que podem ser aplicados em várias condições. De salientar que não existem questionários exclusivos para mulheres grávidas com esta condição, traduzidos e validados para a nossa população. De referir, ainda que, apesar do desenho metodológico ter sido a melhor opção por forma a responder às limitações de tempo despendido pelas voluntárias, um estudo com acompanhamento semanal, e avaliando outras características, como por exemplo a curvatura da coluna vertebral, seria o ideal, uma vez que a literatura reforça a sua influência direta.

## Referências Bibliográficas

- Abessolo, H. M., Lawani, M. M., Houeto, G., & Akplogan, B. (2016). Effects of Prenatal Gymnastics on Spinal Curvatures Study 120 Women of the City of Porto - Novo. *Enliven: Pediatrics and Neonatal Biology*, 3(1), 1–6.
- Acemoglu, D., Robinson, J. A., & Verdier, T. (2017). Asymmetric Growth and Institutions in an Interdependent World. *Journal of Political Economy*, 125(5), 1245–1305. <https://doi.org/10.1086/693038>
- Artal, R., & O'Toole, M. (2017). Guidelines of the American College of Obstetricians and Gynecologists for exercise during pregnancy and the postpartum period. *British Journal of Sports Medicine*, 6–13.
- Backhausen, M. G., Bendix, J. M., Damm, P., Tabor, A., & Hegaard, H. K. (2018). Low back pain intensity among childbearing women and associated predictors . A cohort study. *Women and Birth*, 882. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.09.008>
- Beaglehole, R., Bonita, R., & Kjellström, T. (2003). Epidemiología Básica. *Organización Panamericana de La Salud*, 551, 1–184. <https://doi.org/10.1590/S0036-46652008000600012>
- Casagrande, D., Gugala, Z., Shannon, C. M., & Ronald, L. W. (2015). Low Back Pain and Pelvic Girdle Pain in Low Back Pain and Pelvic Girdle Pain in Pregnancy. *The Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 0(September), 1–11. <https://doi.org/10.5435/JAAOS-D-14-00248>
- Castro, A. de S., Castro, A. C. de, & Mendonça, A. C. (2012). Abordagem fisioterapêutica no pré-parto: proposta de protocolo e avaliação da dor. *Fisioterapia e Pesquisa*, 19(3), 210–214. <https://doi.org/10.1590/S1809-29502012000300004>
- Chang, J., & Streitman, D. (2012). Physiologic Adaptations to Pregnancy. *Neurologic Clinics*, 30(3), 781–789. <https://doi.org/10.1016/j.ncl.2012.05.001>
- Chou, R., & Huffman, L. H. (2007). *Evaluation and Management of Low Back Pain - Evidence Review*. American Pain Society.
- Cortez, P. J. O., Franco, T. A. S., Sene, T. M., Cravalho, T. D., & Tomazini, J. E. (2012). Correlação entre a dor lombar e as alterações posturais em gestantes. *Arquivos Brasileiros de Ciência Da Saúde*, 37(1), 30–35.



- Da Costa, D., Dritsa, M., Verreault, N., Balaa, C., Kudzman, J., & Khalifé, S. (2010). Sleep problems and depressed mood negatively impact health-related quality of life during pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 13(3), 249–257.  
<https://doi.org/10.1007/s00737-009-0104-3>
- De Conti, M. H. S., Calderon, I. de M. P., Consonni, E. B., Prevedel, T. T. S., Dalbem, I., & Rudge, M. V. C. (2003). Efeito de técnicas fisioterápicas sobre os desconfortos músculo-esqueléticos da gestação. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 25(9), 647–654. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032003000900005>
- Fairbank, J. C. T., & Pynsent, P. B. (2000). The Oswestry Disability Index. *Spine*, 25(22), 2940–2953.
- Ferreira, C. H. J., & Nakono, A. M. S. (2001). Reflexões Sobre As Bases Conceituais Que Fundamentam a Construção Do Conhecimento Acerca Da Lombalgia Na Gestação. *Latino-Am Enfermagem*, 9(3), 95–100.
- Ferreira, P. L. (1998). *A Medição do Estado de Saúde: Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36*. Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.
- Ferreira, P. L. (2000). Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36 Parte I - Adaptação Cultural e Linguística. *Acta Médica Portuguesa*, 13, 55–66.
- Fleck, M. P. de A. (2000). O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde ( WHOQOL-100 ): características e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 33–38. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100004>
- Gallo-Padilla, D., Gallo-Padilla, C., Gallo-Vallejo, F. J., & Gallo-Vallejo, J. L. (2015). Lumbalgia durante el embarazo. Abordaje multidisciplinar. *Medicina de Familia Semergen*, 6. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2015.06.005>
- Garshasbi, A., & Faghih Zadeh, S. (2005). The effect of exercise on the intensity of low back pain in pregnant women. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 88(3), 271–275. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2004.12.001>
- Gil, F. B. V., Osis, M. J. D., & Faúndes, A. (2011). Lombalgia durante a gestação : eficácia do tratamento com Reeducação Postural Global ( RPG ). *Fisioterapia e Pesquisa*, 18(2), 164–170. <https://doi.org/10.1590/S1809-29502011000200011>
- Gil, J. A. N., Cabri, J., & Ferreira, P. L. (2009). Efectividade dos cuidados de fisioterapia em

- doentes ambulatorios com problemas lombares não específicos. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 8, 35–50.
- Glinkowski, W. M., Tomasik, P., Walesiak, K., Głuszak, M., Krawczak, K., Michoński, J., ... Wielgoś, M. (2016). Posture and low back pain during pregnancy — 3D study. *Ginekologia Polska*, 87(8), 575–580. <https://doi.org/10.5603/GP.2016.0047>
- Gutke, A., Lundberg, M., Östgaard, H. C., & Öberg, B. (2011). Impact of postpartum lumbopelvic pain on disability, pain intensity, health-related quality of life, activity level, kinesiophobia, and depressive symptoms. *European Spine Journal*, 20(3), 440–448. <https://doi.org/10.1007/s00586-010-1487-6>
- Haas, J. S., Jackson, R. A., Fuentes-afflick, E., Stewart, A. L., Dean, M. L., Brawarsky, P., & Escobar, G. J. (2004). Changes in the Health Status of Women During and After Pregnancy. *Journal of General Internal Medicine*, 20, 45–51. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2004.40097.x>
- Higgs, J., Refshauge, K., & Ellis, E. (2001). Portrait of the physiotherapy profession. *Journal of Interprofessional Care*, 15(1). <https://doi.org/10.1080/13561820020022891>
- Hill, M. M., & Hill, A. (2005). *Investigação por Questionário*.
- International Organization of Physical Therapists in Women's Health. (2013). Scope of practice.
- Jomeen, J., & Martin, C. R. (2005). The factor structure of the SF-36 in early pregnancy. *Journal of Psychosomatic Research*, 59(3), 131–138. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.02.018>
- Kalus, S. M., Kornman, L. H., & Quinlivan, J. A. (2008). Managing back pain in pregnancy using a support garment: A randomised trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 115(1), 68–75. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2007.01538.x>
- Katonis, P., Kampouroglou, A., Aggelopoulos, A., Kakavelaskis, K., Lykoudis, S., Makrigiannakis, A., & Alpantaki, K. (2011). Pregnancy-related low back pain. *Hippokratia Medical Journal*, 15(3), 205–210.
- Kazemi, F., Nahidi, F., & Kariman, N. (2017). Disorders affecting quality of life during pregnancy: A qualitative study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 11(4), 6–

10. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2017/23703.9560>
- Keskin, E. A., Onur, O., Keskin, H. L., Gumus, I. I., Kafali, H., & Turhan, N. (2012a). Stimulation Improves Low Back Pain. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 74, 76–83. <https://doi.org/10.1159/000337720>
- Keskin, E. A., Onur, O., Keskin, H. L., Gumus, I. I., Kafali, H., & Turhan, N. (2012b). Transcutaneous electrical nerve stimulation improves low back pain during pregnancy. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 74(1), 76–83. <https://doi.org/10.1159/000337720>
- Kokic, I. S., Ivanisevic, M., Uremovic, M., Kokic, T., Pisot, R., & Simunic, B. (2017). Effect of therapeutic exercises on pregnancy-related low back pain and pelvic girdle pain: Secondary analysis of a randomized controlled trial. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 49(3), 251–257. <https://doi.org/10.2340/16501977-2196>
- Lima, A. S., Gomes, M. R. de A., Araújo, R. C., & Ptangui, A. C. R. (2011). Análise da postura e frequência de lombalgia em gestantes : estudo piloto. *Journal of Health Science Institute*, 29(4), 290–293.
- Lowdermilk, D. L. (2006). Anatomy and Physiology of Pregnancy. In *Maternity and Women's Health Care* (pp. 208–230). <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-05720-2.00010-5>
- Lowdermilk, D. L. (2016). Anatomy and Physiology of Pregnancy. In *Maternity and Women's Health Care* (Vol. 3, pp. 208–230).
- Mann, L., Kleinpaul, J. F., Mota, C. B., & dos Santos, S. G. (2010). Alterações biomecânicas durante o período gestacional: uma revisão. *Motriz - Revista de Educação Física*, 16(3), 730–741. <https://doi.org/10.5016/1980-6574.2010v16n3p730>
- Marques, A. P., & Peccin, M. S. (2005). Pesquisa em fisioterapia: a prática baseada em evidências e modelos de estudos. *Fisioterapia e Pesquisa*, 11(1), 43–48. <https://doi.org/10.4324/9780203095140>
- Martins, R. F., & Silva, J. L. P. (2005). Prevalência de Dores nas Costas na Gestação. *Revista Associação Médica Brasileira*, 51(3), 144–147.
- Medical Criteria. (n.d.). The Oswestry Disability Index (ODI) Version 2.0.

- Michonski, J., Walesiak, K., Pakula, A., Glinkowski, W., & Sitnik, R. (2016). Monitoring of spine curvatures and posture during pregnancy using surface topography – case study and suggestion of method. *Scoliosis and Spinal Disorders*, 11(Suppl 2), 73–79.  
<https://doi.org/10.1186/s13013-016-0099-2>
- Ministério da Saúde. (2003). Circular Normativa N°09/DGCG, 14/06/2003; A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. *Direcção-Geral Da Saúde*, 1–4.
- Moreira, L. S., Andrade, S. R. de S., Soares, V., Avelar, I. S. De, Amaral, W. N., & Vieira, M. F. (2011). Alterações posturais, de equilíbrio e dor lombar no período gestacional. *Femina*, 39(5), 241–244.
- Morris, J. N. (1955). Use of Epidemiology. *British Medical Journal*, 13, 395–401.
- Mota, M. J., Cardoso, M., Carvalho, A., Marques, A., Sá-Couto, P., & Demain, S. (2014). Women's experiences of low back pain during pregnancy. *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation*. <https://doi.org/10.3233/BMR-140527>
- Mota, M. J., Cardoso, M., Carvalho, A., Marques, A., Sá-Couto, P., & Demain, S. (2015). Women's experiences of low back pain during pregnancy. *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation*, 28(2), 351–357. <https://doi.org/10.3233/BMR-140527>
- Moura, S. R. V. de, Campos, R. da S., Mariani, S. H. V., Siqueira, A. A. F. de, & Abreu, L. C. de. (2007). Dor lombar gestacional: impacto de um protocolo de fisioterapia. *Arquivos Médicos Do ABC*, 32(2), S59–S63. Retrieved from <http://www.portalnepas.org.br/amabc/article/view/222/218>
- Noon, M. L., & Hoch, A. Z. (2012). Challenges of the pregnant athlete and low back pain. *Current Sports Medicine Reports*, 11(1), 43–48.  
<https://doi.org/10.1249/JSR.0b013e31824330b6>
- Norén, L., Östgaard, S., Johansson, G., & Östgaard, H. C. (2002). Lumbar back and posterior pelvic pain during pregnancy: A 3-year follow-up. *European Spine Journal*, 11(3), 267–271. <https://doi.org/10.1007/s00586-001-0357-7>
- Olsson, C., & Nilsson-Wikmar, L. (2004). Health-related quality of life and physical ability among pregnant women with and without back pain in late pregnancy. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 83(4), 351–357. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed6&NEWS=N&A>

- Organização Mundial da Saúde. (2009). *Mulheres e Saúde. Evidências de hoje agenda de amanhã. Organização Mundial de Saúde*. <https://doi.org/10.1586/edm.11.18>
- Padua, L., Caliendo, P., Aprile, I., Pazzaglia, C., Padua, R., Calistri, A., & Tonali, P. (2005). Back pain in pregnancy: 1-Year follow-up of untreated cases. *European Spine Journal*, 14(2), 151–154. <https://doi.org/10.1007/s00586-004-0712-6>
- Pantoja, M. de N. L., & Sousa, D. P. M. (2012). *Abordagem fisioterapêutica em gestantes com lombalgia*.
- Pennick, V., & Liddle, S. D. (2013). Interventions for preventing and treating pelvic and back pain in pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Pitangui, A. C. R., & Ferreira, C. H. J. (2005). Lombalgia Gestacional. *Femina*, 33(10), 789–792. Retrieved from <https://www.infoescola.com/saude/lombalgia-gestacional/>
- Ponte, C. (2005). Lombalgia em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 21, 259–267.
- Ribeiro, J. L. P. (2010). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Placebo Editora. <https://doi.org/10.1080/01690965.2010.550928>
- Richards, E., Van Kessel, G., Virgara, R., & Harris, P. (2012). Does antenatal physical therapy for pregnant women with low back pain or pelvic pain improve functional outcomes? A systematic review. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 91(9), 1038–1045. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2012.01462.x>
- Saiger, G. L. (1961). Special Article: Ten Uses of Epidemiology. *Canadian Medical Association Journal*, 85, 992–995.
- Senhorinho, H. C., Souza, N. P. C. de, Sousa, C. H., & Gabriel, C. C. T. (2003). Alterações Fisiopatológicas No Período Gestacional, Relacionadas À Ocupação Das Gestantes Do “Lar Preservação Da Vida” No Município De Maringá No Ano De 2002. *Cesumar*, 05(01), 13–22.
- Serra, S. V. (2006). Lombalgias - 1. *Dor*, 14.
- Severo, M., Santos, A. N. A. C., Lopes, C., & Barros, H. (2006). Fiabilidade e Validade dos Conceitos Teóricos das Dimensões de Saúde Física e Mental da Versão Portuguesa dos

- MOS SF-36\*. *Acta Médica Portuguesa*, 19, 281–288.
- Shim, M., Lee, Y., Oh, H., & Kim, J. (2007). Effects of a back-pain-reducing program during pregnancy for Korean women : A non-equivalent control-group pretest – posttest study. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 19–28.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.11.016>
- Silva, A. M., Ribeiro, A. P., Veloso, A. P., Monterio, C., Vieira, F., Fragoso, I., ... Paiva, T. (2016). *GRAVIDEZ ATIVA – Adaptações Fisiológicas e Biomecânicas durante a Gravidez e no Pós-parto*.
- Soma-Pillay, P., Nelson-Piercy, C., Tolppanen, H., & Mebazaa, A. (2016). Physiological Changes in Pregnancy. *Cardiovascular Journal of Africa*, 27(2), 89–94.  
<https://doi.org/10.1002/9780470994955.ch2>
- Talbot, L., & MacLennan, K. (2016). Physiology of Pregnancy. *Anaesthesia and Intensive Care Medicine*, 17(7), 341–345. [https://doi.org/10.1016/S0004-9514\(14\)61068-0](https://doi.org/10.1016/S0004-9514(14)61068-0)
- Tan, E. K., & Tan, E. L. (2013). Alterations in physiology and anatomy during pregnancy. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 27(6), 791–802.  
<https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.08.001>
- Taşdemir, S., Balci, E., & Günay, O. (2010). Comparison of life quality of pregnant adolescents with that of pregnant adults in Turkey. *Upsala Journal of Medical Sciences*, 115(4), 275–281. <https://doi.org/10.3109/03009731003628724>
- Tate, S. S. (2011). Sistema Esquelético: Anatomia Macróscopica. In *Anatomia & Fisiologia* (pp. 235–242).
- Tendais, I., Figueiredo, B., Mota, J., & Conde, A. (2011). Physical activity , health-related quality of life and depression during pregnancy. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(2), 219–228.
- Virgara, R., Maher, C., & Kessel, G. Van. (2018). The comorbidity of low back pelvic pain and risk of depression and anxiety in pregnancy in primiparous women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(288), 7. <https://doi.org/10.1080/15226510108500065>
- Whitcome, K. K., Shapiro, L. J., & Lieberman, D. E. (2007). Fetal load and the evolution of lumbar lordosis in bipedal hominins. *Nature*, 450, 1075–1078.  
<https://doi.org/10.1038/nature06342>

WHOQOL Group. (1994). Development of the WHOQOL : Rationale and Current Status.  
*International Journal of Mental Health*, 23(3), 24–56.  
<https://doi.org/10.1080/00207411.1994.11449286>

## **Apêndices**



## **Apêndice 1 – Ficha de Consentimento Informado**

**Declaração de Consentimento Informado**

O estudo *Avaliação da Lombalgia na Grávida durante o Terceiro Trimestre de Gestação* é desenvolvido no âmbito do Mestrado em Fisioterapia na Saúde da Mulher, na Escola Superior de Saúde de Alcoitão (ESSA), como projeto de trabalho original de Joana Amaral Silva da Costa Dias.

O presente trabalho tem como objetivo perceber o que influencia a existência/ inexistência da dor lombar com mulheres grávidas durante o terceiro trimestre de gravidez, procedendo à avaliação da mesma.

Através do preenchimento de um questionário recolher-se-ão alguns dados sobre si e sobre a sua gravidez para fins meramente estatísticos. Este preenchimento decorrerá no local onde é feito o acompanhamento médico da sua gravidez. Os dados recolhidos serão tratados com absoluta confidencialidade, garantindo o completo anonimato de quem responde.

A sua participação é importante porque irá permitir obter mais informações para que no futuro os serviços de saúde – Fisioterapia – possam responder melhoras às suas necessidades e às de quem os procura.

No caso de decidir participar agradecemos, desde já, a sua colaboração e pedimos-lhe que assine esta declaração:

1. Declaro que me foi explicada a finalidade do estudo e retirei as dúvidas que me surgiram sobre ele, sobre o questionário e sobre a forma como os dados irão ser recolhidos e tratados. Fiquei consciente que a informação recolhida é estritamente confidencial e será apenas utilizada para fins de investigação.
2. Declaro ainda que a minha participação é voluntária e que me foi garantido que a minha decisão de participar, ou não, não afetará as relações que tenho com os profissionais de saúde deste Serviço. Também sei que em qualquer momento posso anular o consentimento agora prestado.

Eu, \_\_\_\_\_ tomei conhecimento do estudo acima descrito e aceito participar no mesmo.

Assinatura

\_\_\_\_\_

Ponta Delgada, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

## **Apêndice 2 – Ficha de Caracterização da Amostra**

## Ficha de Caracterização da Amostra

1. Idade: \_\_\_\_\_ anos

2. Estado civil:

<sub>1</sub>Casada/União de facto ☐<sub>2</sub>Solteira ☐<sub>3</sub>Divorciada/Separada ☐<sub>4</sub>Viúva ☐

3. Habilitações literárias:

<sub>1</sub>1ºciclo ☐<sub>2</sub>2ºciclo ☐<sub>3</sub>3ºciclo ☐<sub>4</sub>Secundário ☐<sub>5</sub>Ensino Superior ☐

4. Profissão: \_\_\_\_\_

5. Idade Gestacional: \_\_\_\_\_ semanas

6. Peso anterior à gestação: \_\_\_\_\_ Kg

7. Peso atual: \_\_\_\_\_ Kg

8. Altura: \_\_\_\_\_ metros

9. Prática de exercício regular antes da gravidez:

<sub>1</sub>Sim ☐<sub>2</sub>Não ☐

10. Prática de exercício regular durante a gravidez:

<sub>1</sub>Sim ☐<sub>2</sub>Não ☐

11. Dor nas costas:

<sub>1</sub>Sim ☐<sub>2</sub>Não ☐Caso a sua opção seja <sub>2</sub>Não, todas as alíneas da questão 11 serão consideradas não aplicáveis

11.1. Localização da dor:

<sub>1</sub>Apenas região lombar ☐<sub>2</sub>Região lombar com irradiação para a coxa até ao joelho ☐<sub>3</sub>Região lombar com irradiação para a perna abaixo do joelho ☐<sub>0</sub>Não Aplicável ☐

11.2. Frequência:

<sub>1</sub>Diária ☐<sub>2</sub>Semanal ☐<sub>3</sub>Quinzenal ☐<sub>4</sub>Rara ☐<sub>0</sub>Não Aplicável ☐

11.3. Maioritariamente:

<sub>1</sub>Manhã ☐<sub>2</sub>Tarde ☐<sub>3</sub>Noite ☐<sub>4</sub>Todo o dia ☐<sub>0</sub>Não Aplicável ☐

11.4.

<sub>1</sub>1h ☐<sub>2</sub>2h ☐<sub>3</sub>3h ☐<sub>0</sub>Não Aplicável ☐

Duração:

11.5.

<sub>1</sub>Repouso ☐<sub>2</sub>Medicamentos ☐<sub>3</sub>Massagens Locais ☐<sub>4</sub>Exercícios<sub>0</sub>Não Aplicável ☐

Alivia:

específicos ☐

11.6.

<sub>1</sub>Sentada ou em pé ☐<sub>2</sub>Actividades domésticas ☐<sub>3</sub>Vícios posturais ☐

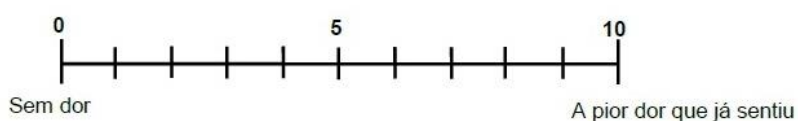
Piora:

<sub>4</sub>Outro ☐

Qual? \_\_\_\_\_

<sub>0</sub>Não Aplicável ☐

12. Intensidade:



13. Dor lombar antes da gestação:

<sub>1</sub>Sim ☐<sub>2</sub>Não ☐

14. Nº gestações: \_\_\_\_\_

Há quanto tempo foi a última gestação : \_\_\_\_\_ anos

## **Anexos**

## **Anexo 1 – Análise Inferencial da Relação entre a dor lombar e o grau de escolaridade**

**Tabela 17: Relação entre a dor lombar e o grau de escolaridade (n=30)**

|                      |                      | Dor Lombar   |
|----------------------|----------------------|--------------|
| Grau de Escolaridade | <i>Levene's Test</i> | 0,541        |
|                      | <i>p-value</i>       | <b>0,803</b> |

O teste de Levéne apresenta uma significância  $>0,05$ , o que representa uma homogeneidade de variâncias, assim sendo interpreta-se a primeira linha do t de student. Sendo o valor  $\text{sig}>0,05$ , não existe diferença entre os grupos.

**Tabela 18: Relação entre a dor lombar e o grau de escolaridade (n=30)**

|                   |       |                 | 3ºCiclo | Secundário | Ensino Superior |
|-------------------|-------|-----------------|---------|------------|-----------------|
| <b>Dor lombar</b> | Sim   | Número          | 1       | 3          | 16              |
|                   |       | % em Dor Lombar | 100%    | 60%        | 66,7%           |
|                   | Não   | Número          | 0       | 2          | 8               |
|                   |       | % em Dor Lombar | 0%      | 40%        | 33,3%           |
|                   | Total |                 | 3,3%    | 16,7%      | 80%             |

80% da amostra frequentou/concluiu o ensino superior, das quais podemos referir que 66,7% referirem dor lombar durante gravidez. O número da amostra é pequeno, levando a que seu estudo não seja viável ou conclusivo.

## **Anexo 2 – Análise Inferencial da Relação a dor lombar e o IMC**



**Tabela 19: Relação entre a dor lombar e o IMC antes da gestação (n=30)**

|            |     |                 | Abaixo<br>do peso | Peso<br>ideal | Acima<br>do peso | Obesidade | Total  |
|------------|-----|-----------------|-------------------|---------------|------------------|-----------|--------|
| Dor lombar | Sim | Número          | 2                 | 13            | 3                | 2         | 20     |
|            |     | % em Dor Lombar | 10%               | 65%           | 15%              | 10%       | 66,7 % |
|            |     |                 |                   |               |                  |           |        |
|            | Não | Número          | 1                 | 7             | 1                | 1         | 10     |
|            |     | % em Dor Lombar | 10%               | 70%           | 10%              | 10%       | 33.3 % |
|            |     |                 |                   |               |                  |           |        |
| Total      |     | 10%             | 66,7%             | 13,3%         | 10%              |           |        |

Após o estudo do IMC das mulheres antes da gravidez, é possível verificar que 66,7% encontrava-se com o peso ideal. Este grupo foi o que apresentou maior percentagem de lombalgia (65%).

**Tabela 20: Variação de peso em kg (n=30)**

|                         |            | <b>Perda<br/>de peso</b> | <b>Aumento<br/>até 5kg</b> | <b>Aumento<br/>entre 5-<br/>10kg</b> | <b>Aumento<br/>entre 10-<br/>15kg</b> | <b>Aumento<br/>entre 15-<br/>20kg</b> |
|-------------------------|------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <b>Variação de peso</b> | Frequência | 1                        | 3                          | 13                                   | 10                                    | 3                                     |
|                         | %          | 3,3%                     | 10%                        | 43%                                  | 33,3%                                 | 10%                                   |

A maioria das mulheres aumentou entre 5 a 10kg, desde o início da gravidez até ao dia da avaliação. O que, segundo a tabela abaixo, refletiu numa alteração do IMC. Sendo que a maioria das inquiridas apresentava um IMC acima do peso ideal durante a gravidez.

**Tabela 21: Relação entre a dor lombar e o IMC depois da gestação (n=30)**

|            |     |                 | Peso ideal | Acima do peso | Obesida de | Total |
|------------|-----|-----------------|------------|---------------|------------|-------|
| Dor lombar | Sim | Número          | 5          | 10            | 5          |       |
|            |     | % em Dor Lombar | 16,7%      | 33,3%         | 16,7%      | 66,7% |
|            |     |                 |            |               |            |       |
|            | Não | Número          | 6          | 3             | 1          |       |
|            |     | % em Dor Lombar | 20%        | 10%           | 3,3%       | 33,3% |
|            |     |                 |            |               |            |       |
| Total      |     | 36,7%           | 43,3%      | 20%           |            |       |

### **Anexo 3 – Análise Inferencial da Relação entre as características da dor lombar e o grau de incapacidade**

Resultados das percentagens da relação entre o grau de incapacidade e a localização da dor, o período do dia, os métodos de alívio e os fatores de agravamento.

Uma vez que estamos na presença de um estudo em que a mostra é igual a 30, que é considerada pequena e a variável dependente apresenta-se numa escala nominal, utilizou-se o teste de Fisher que é utilizado no caso de haver frequências esperadas inferiores a 5.

**Tabela 22: Relação entre a localização da dor lombar e o grau de incapacidade**

|                    |                                                            |             | Graus de Incapacidade |          |        |
|--------------------|------------------------------------------------------------|-------------|-----------------------|----------|--------|
| Localização da dor | Apenas na região lombar                                    | Número      | Mínimo                | Moderado | Severo |
|                    |                                                            | Percentagem | 2                     | 5        | 4      |
|                    |                                                            | Percentagem | 18,2%                 | 45,5%    | 36,4%  |
|                    | Região lombar com irradiação para a coxa até ao joelho     | Número      | 1                     | 4        | 2      |
|                    |                                                            | Percentagem | 14,3%                 | 57,1%    | 28,6%  |
|                    | Região lombar com irradiação para a perna abaixo do joelho | Número      | 0                     | 1        | 1      |
|                    |                                                            | Percentagem | 0%                    | 50%      | 50%    |
| Total              |                                                            | Número      | 3                     | 10       | 7      |
|                    |                                                            | Percentagem | 15%                   | 50%      | 35%    |

**Tabela 23: Relação entre a localização da dor lombar e o grau de incapacidade**

|                      |                            | Localização da dor |
|----------------------|----------------------------|--------------------|
| Grau de Incapacidade | <i>Fisher's Exact Test</i> | 1,293              |
|                      | <i>p-value</i>             | 1,000              |

O teste de Fisher não revelou, para  $p \leq 0,05$ , a existência de uma diferença significativa entre os grupos à questão: “qual a localização da dor, consoante o grau de incapacidade?” (Fisher,  $p=1,293$ ). As mulheres que referiram intensidade moderada, na sua maioria apresentaram uma dor na região lombar com irradiação até ao joelho.

Rejeita-se a hipótese de existir uma localização específica da dor lombar que afete o grau de incapacidade da grávida.

**Tabela 24: Relação entre o período do dia e o grau de incapacidade**

| Período do dia |             | Graus de Incapacidade |             |                              |
|----------------|-------------|-----------------------|-------------|------------------------------|
|                |             | Número                | Mínimo<br>1 | Moderado<br>3<br>Severo<br>0 |
| Tarde          | Número      |                       | 1           |                              |
|                | Percentagem |                       | 25%         | 75%<br>0%                    |
| Noite          | Número      |                       | 2           | 4<br>1                       |
|                | Percentagem |                       | 16,7%       | 33,3%<br>50%                 |
| Todo o dia     | Número      |                       | 0           | 1<br>1                       |
|                | Percentagem |                       | 0%          | 50%<br>50%                   |
| Outro          | Número      |                       | 0           | 2<br>0                       |
|                | Percentagem |                       | 0%          | 100%<br>0%                   |
| Total          | Número      |                       | 3           | 10<br>7                      |
|                | Percentagem |                       | 15%         | 50%<br>35%                   |

**Tabela 25: Relação entre o período do dia e o grau de incapacidade**

| Grau de Incapacidade       |  | Período do dia |
|----------------------------|--|----------------|
| <i>Fisher's Exact Test</i> |  | 5,966          |
| <i>p-value</i>             |  | 0,422          |

Neste caso foram detetadas 91,7% de células com frequências esperadas inferiores a 5. Observando o valor da significância do teste de Fisher constata-se que não há uma relação significativa entre as 2 variáveis uma vez que o  $p > 0,05$  (0,422). Não existe por isso relação entre o período do dia em que surge a dor e o grau de incapacidade.

**Tabela 26: Relação entre os métodos de alívio e o grau de incapacidade**

| Métodos de Alívio      |             | Graus de Incapacidade |             |                              |
|------------------------|-------------|-----------------------|-------------|------------------------------|
|                        |             | Número                | Mínimo<br>3 | Moderado<br>6<br>Severo<br>3 |
| Repouso                | Número      |                       | 3           |                              |
|                        | Percentagem |                       | 25%         | 50%<br>25%                   |
| Medicamentos           | Número      |                       | 0           | 1<br>0                       |
|                        | Percentagem |                       | 0%          | 100%<br>0%                   |
| Massagens Locais       | Número      |                       | 0           | 0<br>2                       |
|                        | Percentagem |                       | 0%          | 0%<br>100%                   |
| Exercícios Específicos | Número      |                       | 0           | 1<br>0                       |
|                        | Percentagem |                       | 0%          | 100%<br>0%                   |
| Outro                  | Número      |                       | 0           | 2<br>2                       |
|                        | Percentagem |                       | 0%          | 50%<br>50%                   |
| Total                  | Número      |                       | 3           | 10<br>7                      |
|                        | Percentagem |                       | 15%         | 50%<br>35%                   |

**Tabela 27: Relação entre os métodos de alívio e o grau de incapacidade**

|                             |                            | Métodos de alívio |
|-----------------------------|----------------------------|-------------------|
| <b>Grau de Incapacidade</b> | <i>Fisher's Exact Test</i> | 7,316             |
|                             | <i>p-value</i>             | 0,609             |

Foi novamente calculado o teste de Fisher observando-se que não existe uma relação significativa entre as 2 variáveis uma vez que o  $p > 0,05$  (0,609). Não existe assim uma relação entre os métodos de alívio e o grau de incapacidade.

**Tabela 28: Relação entre os fatores de agravamento e o grau de incapacidade**

|                        |                       | Graus de Incapacidade |        |          |        |
|------------------------|-----------------------|-----------------------|--------|----------|--------|
| Fatores de Agravamento |                       |                       | Mínimo | Moderado | Severo |
|                        |                       |                       |        |          |        |
|                        | Sentada ou em pé      | Número                | 0      | 4        | 2      |
|                        |                       | Percentagem           | 0%     | 66,7%    | 33,3%  |
|                        | Atividades domésticas | Número                | 2      | 4        | 1      |
|                        |                       | Percentagem           | 28,6%  | 57,1%    | 14,3%  |
|                        | Vícios posturais      | Número                | 1      | 0        | 1      |
|                        |                       | Percentagem           | 50%    | 0%       | 50%    |
|                        | Outro                 | Número                | 0      | 1        | 2      |
|                        |                       | Percentagem           | 0%     | 33,3%    | 66,7%  |
|                        | Mais que respostas    | Número                | 0      | 1        | 1      |
|                        |                       | Percentagem           | 0%     | 50%      | 50%    |
| Total                  |                       | Número                | 3      | 10       | 7      |
|                        |                       | Percentagem           | 15%    | 50%      | 35%    |

**Tabela 29: Relação entre os fatores de agravamento e o grau de incapacidade**

|                             |                            | Fatores de agravamento |
|-----------------------------|----------------------------|------------------------|
| <b>Grau de Incapacidade</b> | <i>Fisher's Exact Test</i> | 7,538                  |
|                             | <i>p-value</i>             | 0,523                  |

Não foi provada a relação entre os fatores de agravamento e o grau de incapacidade, uma vez  $p > 0,05$  (0,523).

## **Anexo 2 – Questionário de Estado de Saúde SF-36**

**Questionário de Estado de Saúde (SF-36v2)**

**Instruções:** As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as actividades habituais.

Pedimos que leia com atenção cada pergunta e que responda o mais honestamente possível. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta.

**Para as perguntas 1 e 2, por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.**

**1. Em geral, diria que a sua saúde é:**

|               |                  |            |                 |              |
|---------------|------------------|------------|-----------------|--------------|
| <b>Óptima</b> | <b>Muito boa</b> | <b>Boa</b> | <b>Razoável</b> | <b>Fraca</b> |
| 1             | 2                | 3          | 4               | 5            |

**2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual:**

|                     |                             |                              |                      |                   |
|---------------------|-----------------------------|------------------------------|----------------------|-------------------|
| <b>Muito melhor</b> | <b>Com algumas melhoras</b> | <b>Aproximadamente igual</b> | <b>Um pouco pior</b> | <b>Muito pior</b> |
| 1                   | 2                           | 3                            | 4                    | 5                 |

**3. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde a limita nestas actividades? Se sim, quanto?**

*(Por favor assinale com um círculo um número em cada linha)*

|                                                                                                              | <b>Sim, muito limitada</b> | <b>Sim, um pouco limitada</b> | <b>Não, nada limitada</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------------------------|---------------------------|
| a. <b>Actividades violentas</b> , tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes..... | 1                          | 2                             | 3                         |
| b. <b>Actividades moderadas</b> , tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa.....                         | 1                          | 2                             | 3                         |
| c. Levantar ou pegar nas compras de mercearia.....                                                           | 1                          | 2                             | 3                         |
| d. Subir <b>vários</b> lanços de escadas.....                                                                | 1                          | 2                             | 3                         |
| e. Subir <b>um</b> lanço de escadas.....                                                                     | 1                          | 2                             | 3                         |
| f. Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se.....                                                                | 1                          | 2                             | 3                         |
| g. Andar <b>mais de 1 Km</b> .....                                                                           | 1                          | 2                             | 3                         |
| h. Andar <b>várias</b> centenas de metros.....                                                               | 1                          | 2                             | 3                         |
| i. Andar <b>uma</b> centena de metros.....                                                                   | 1                          | 2                             | 3                         |
| j. Tomar banho ou vestir-se sozinha.....                                                                     | 1                          | 2                             | 3                         |

|                                                                                                                                                                                |               |                                       |                        |                        |              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------------------------------|------------------------|------------------------|--------------|
| <b>4. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividade diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?</b> |               |                                       |                        |                        |              |
| Quanto tempo,<br>nas últimas quatro semanas...                                                                                                                                 | <b>Sempre</b> | <b>A maior<br/>parte do<br/>tempo</b> | <b>Algum<br/>tempo</b> | <b>Pouco<br/>tempo</b> | <b>Nunca</b> |
| a. Diminuiu o <b>tempo gasto</b> a trabalhar ou noutras actividades.....                                                                                                       | 1             | 2                                     | 3                      | 4                      | 5            |
| b. Fez <b>menos</b> do que queria?.....                                                                                                                                        | 1             | 2                                     | 3                      | 4                      | 5            |
| c. Sentiu-se limitada no <b>tipo</b> de trabalho ou outras actividades.....                                                                                                    | 1             | 2                                     | 3                      | 4                      | 5            |
| d. Teve <b>dificuldade</b> em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo,foi preciso mais esforço).....                                                        | 1             | 2                                     | 3                      | 4                      | 5            |

|                                                                                                                                                                                                                                  |               |                                       |                        |                        |              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------------------------------|------------------------|------------------------|--------------|
| <b>5. Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimida ou ansiosa)?</b> |               |                                       |                        |                        |              |
| Quanto tempo,<br>nas últimas quatro semanas...                                                                                                                                                                                   | <b>Sempre</b> | <b>A maior<br/>parte do<br/>tempo</b> | <b>Algum<br/>tempo</b> | <b>Pouco<br/>tempo</b> | <b>Nunca</b> |
| a. Diminuiu o <b>tempo gasto</b> a trabalhar ou noutras actividades.....                                                                                                                                                         | 1             | 2                                     | 3                      | 4                      | 5            |
| b. Fez <b>menos</b> do que queria?.....                                                                                                                                                                                          | 1             | 2                                     | 3                      | 4                      | 5            |
| c. Executou o seu trabalho ou outras actividades <b>menos cuidadosamente</b> do que era costume.....                                                                                                                             | 1             | 2                                     | 3                      | 4                      | 5            |

Para cada uma das perguntas 6, 7 e 8, por favor ponha um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

|                                                                                                                                                                                                            |              |                      |                 |               |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------|-----------------|---------------|--|
| <b>6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?</b> |              |                      |                 |               |  |
| <b>Absolutamente nada</b>                                                                                                                                                                                  | <b>Pouco</b> | <b>Moderadamente</b> | <b>Bastante</b> | <b>Imenso</b> |  |
| 1                                                                                                                                                                                                          | 2            | 3                    | 4               | 5             |  |

|                                                    |                     |                 |                  |               |                     |
|----------------------------------------------------|---------------------|-----------------|------------------|---------------|---------------------|
| <b>7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?</b> |                     |                 |                  |               |                     |
| <b>Nenhumas</b>                                    | <b>Muito fracas</b> | <b>Ligeiras</b> | <b>Moderadas</b> | <b>Fortes</b> | <b>Muito fortes</b> |
| 1                                                  | 2                   | 3               | 4                | 5             | 6                   |



8. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

|                           |              |                      |                 |               |
|---------------------------|--------------|----------------------|-----------------|---------------|
| <b>Absolutamente nada</b> | <b>Pouco</b> | <b>Moderadamente</b> | <b>Bastante</b> | <b>Imenso</b> |
| 1                         | 2            | 3                    | 4               | 5             |

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas.

Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu.

Certifique-se que coloca um círculo em cada linha.

| Quanto tempo,<br>nas últimas quatro semanas... | Sempre | A maior<br>parte do<br>tempo | Algum<br>tempo | Pouco<br>tempo | Nunca |
|------------------------------------------------|--------|------------------------------|----------------|----------------|-------|
| a. Se sentiu cheia de vitalidade?              | 1      | 2                            | 3              | 4              | 5     |
| b. Se sentiu muito nervosa?                    | 1      | 2                            | 3              | 4              | 5     |
| c. Se sentiu tão deprimida que nada a animava? | 1      | 2                            | 3              | 4              | 5     |
| d. Se sentiu calma e tranquila?                | 1      | 2                            | 3              | 4              | 5     |
| e. Se sentiu com muita energia?                | 1      | 2                            | 3              | 4              | 5     |
| f. Se sentiu deprimida?                        | 1      | 2                            | 3              | 4              | 5     |
| g. Se sentiu estafada?                         | 1      | 2                            | 3              | 4              | 5     |
| h. Se sentiu feliz?                            | 1      | 2                            | 3              | 4              | 5     |
| i. Se sentiu cansada?.....                     | 1      | 2                            | 3              | 4              | 5     |

10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

|               |                                   |                        |                        |              |
|---------------|-----------------------------------|------------------------|------------------------|--------------|
| <b>Sempre</b> | <b>A maior parte<br/>do tempo</b> | <b>Algum<br/>tempo</b> | <b>Pouco<br/>tempo</b> | <b>Nunca</b> |
| 1             | 2                                 | 3                      | 4                      | 5            |

| 11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações. Ponha um círculo para cada linha. |                          |         |            |       |                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------|------------|-------|------------------------|
|                                                                                                                        | Absolutamente<br>verdade | Verdade | Não<br>sei | Falso | Absolutamente<br>falso |
| a. Parece que adoeço mais facilmente do que os outros                                                                  | 1                        | 2       | 3          | 4     | 5                      |
| b. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa.....                                                                    | 1                        | 2       | 3          | 4     | 5                      |
| c. Estou convencida que a minha saúde vai piorar.....                                                                  | 1                        | 2       | 3          | 4     | 5                      |
| d. A minha saúde é óptima.....                                                                                         | 1                        | 2       | 3          | 4     | 5                      |

## **Anexo 3 – Escala da Dor Lombar - ODI**

**ÍNDICE OSWESTRY SOBRE INCAPACIDADE**

Responda a este questionário, por favor. Foi feito para nos dar informações de como o seu problema com as costas (ou perna) tem afectado a sua capacidade para viver o dia-a-dia.

Responda a todas as secções. Escolha apenas o quadrado em cada secção que melhor o descreve hoje.

**Secção 1: Intensidade da dor**

- ☐ Não tenho dores neste momento
- ☐ A dor é muito ligeira neste momento
- ☐ A dor é moderada neste momento
- ☐ A dor é um bocado forte neste momento
- ☐ A dor é muito forte neste momento
- ☐ A dor é o pior que se possa imaginar neste momento

**Secção 2: Cuidados pessoais (lavar, vestir, etc.)**

- ☐ Consigo arranjar-me normalmente sem ter mais dores
- ☐ Consigo arranjar-me normalmente mas tenho muitas dores
- ☐ Tenho muitas dores quando me estou a arranjar e sou muito lenta e cuidadosa
- ☐ Preciso de alguma ajuda mas consigo arranjar-me quase toda sozinha
- ☐ Preciso de ajuda todos os dias na maior parte dos meus cuidados pessoais
- ☐ Não me visto, lavo-me com dificuldade, e fico na cama

**Secção 3: Levantar pesos**

- ☐ Consigo levantar grandes pesos sem ter mais dores
- ☐ Consigo levantar grandes pesos mas tenho mais dores
- ☐ As dores não me deixam levantar grandes pesos do chão mas já consigo fazê-lo se estiverem num sítio que dê jeito, por exemplo, em cima duma mesa
- ☐ As dores não me deixam levantar grandes pesos mas consigo levantar pesos leves ou médios se estiverem num sítio que dê jeito
- ☐ Só consigo levantar pesos muito leves
- ☐ Não consigo levantar ou carregar absolutamente nada

**Secção 4: Andar**

- ☐ As dores não me impedem de andar qualquer distância
- ☐ As dores não me deixam andar mais de 1,5 Km
- ☐ As dores não me deixam andar mais de 400 m
- ☐ As dores não me deixam andar mais de 100 m
- ☐ Só consigo andar com uma bengala ou com muletas
- ☐ Estou na cama a maior parte do tempo e tenho que me arrastar para ir à casa de banho

**Secção 5: Estar sentada**

- ☐ Consigo estar sentada em qualquer cadeira o tempo que eu quiser
- ☐ Consigo estar sentada na minha cadeira preferida o tempo que eu quiser
- ☐ As dores não me deixam estar sentada mais de uma hora
- ☐ As dores não me deixam estar sentada mais de meia hora
- ☐ As dores não me deixam estar sentada mais de 10 minutos
- ☐ As dores não me deixam estar sentada

**Secção 6: Estar de pé**

- ☐ Consigo estar de pé o tempo que eu quiser sem ter mais dores
- ☐ Consigo estar de pé o tempo que eu quiser mas tenho mais dores
- ☐ As dores não me deixam estar de pé mais de uma hora
- ☐ As dores não me deixam estar de pé mais de meia hora
- ☐ As dores não me deixam estar de pé mais de 10 minutos
- ☐ As dores não me deixam estar de pé

**Secção 7: Dormir**

- ☐ O meu sono nunca é perturbado pelas dores
- ☐ O meu sono é ocasionalmente perturbado pelas dores
- ☐ Por causa das dores durmo menos de 6 horas
- ☐ Por causa das dores durmo menos de 4 horas
- ☐ Por causa das dores durmo menos de 2 horas
- ☐ As dores não me deixam dormir

**Secção 8: Vida sexual (se se aplicar)**

- ☐ A minha vida sexual é normal e não me causa mais dores
- ☐ A minha vida sexual é normal mas causa-me mais dores
- ☐ A minha vida sexual é normal mas causa-me muitas dores
- ☐ A minha vida sexual é bastante limitada pelas dores
- ☐ Quase não tenho vida sexual por causa das dores
- ☐ As dores não me deixam ter uma vida sexual

**Secção 9: Vida social**

- ☐ A minha vida social é normal e não me causa mais dores
- ☐ A minha vida social é normal mas aumenta a intensidade das dores
- ☐ As dores não têm grande influência na minha vida social para além de limitarem os meus interesses mais activos, por exemplo, desporto, etc
- ☐ As dores limitaram a minha vida social e eu já não saio tanto
- ☐ As dores confinaram a minha vida social à minha casa
- ☐ Não tenho vida social por causa das dores

**Secção 10: Viajar**

- ☐ Consigo viajar para qualquer lado sem dores
- ☐ Consigo viajar para qualquer lado mas causa-me dores
- ☐ As dores incomodam-me mas consigo fazer viagens de mais de 2 horas
- ☐ As dores não me deixam fazer viagens de mais de 1 hora
- ☐ As dores restringem-me as viagens necessárias e curtas, de menos de 30 minutos
- ☐ As dores não me deixam viajar a não ser para fazer tratamento